Blutungen
in der gynaekologischen Praxis

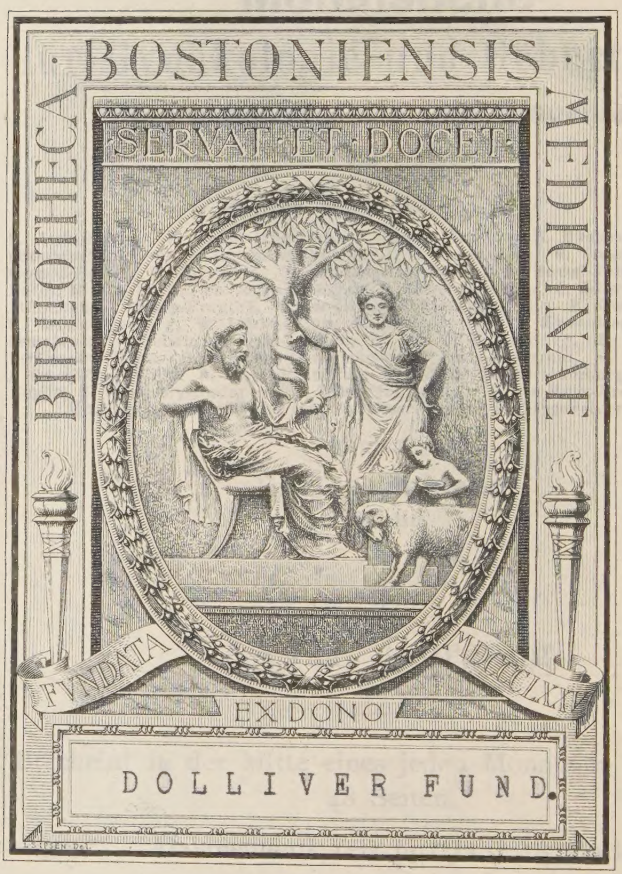
von

Professor Dr. med. H. Walther
Giessen

Benno Konegen Verlag Leipzig

E.H.S.
24. A 361

Der Frauenarzt.



ilfe.

ttingen, A.
aßburg, F.
von Herff-
in, G. Klein-
Greifswald,
rich, Fr. v.
n-Wien, K.
ey-Rostock,
Strassmann-
rg, J. Voigt-
burg

rke von

Probehefte gratis und franko durch jede Buchhandlung

oder auch von

Benno Konegen Verlag, Leipzig.

Blutungen in der gynäkologischen Praxis

mit besonderer Berücksichtigung der Hämostyptika.

Für den praktischen Arzt dargestellt

von

Professor Dr. H. Walther,
Gießen.

Leipzig.
Benno Konegen Verlag.
1912.

BOSTON MEDICAL
JUL 19 1915
LIBRARY

12917 Do.

Wenn man die gynäkologische Tätigkeit des praktischen Arztes abwägt in Bezug auf Häufigkeit und Wichtigkeit der Affektionen, wegen deren er unmittelbar zu verordnen oder gar einzugreifen gezwungen ist, so dürften die Blutungen obenan stehen. Das gleiche gilt ja bekanntlich von den Blutungen in der Geburtshilfe. Zwar ist nur allzu bekannt, daß die Frauen gegenüber Blutungen eine unglaubliche Indolenz zeigen — die Operabilitätsziffer des Uteruskarzinoms beweist dies ja aufs deutlichste; auch wird der Arzt erheblich häufiger wegen Schmerzen oder anderer Symptome konsultiert, während oft trotz wochenlanger Blutungen jegliche ärztliche Hilfe ferngehalten wird. Um so häufiger sieht daher auch der Arzt, ebenso der Spezialist vernachlässigte Fälle von Blutungen, die mitunter einen recht erheblichen Grad von Anämie bedingt haben, die zu bekämpfen nicht immer ganz leicht ist. Gerade die Blutungen in den Wechseljahren werden nur allzu oft in ihrer Bedeutung verkannt, da die wenigsten Frauen eben wissen, wie die Periode überhaupt, ganz besonders aber in diesen Jahren verlaufen soll. Aufklärung der Frauen, aber auch der Hebammen, da diese, auf dem Lande wenigstens, recht oft zuerst gefragt werden und nicht selten einen falschen Rat erteilen, erscheint mir in dieser Hinsicht sehr erstrebenswert, meiner Ansicht nach mit dem gleichen Rechte, mit dem man neuerdings gemäß der so „modern“ gewordenen Säuglingsfürsorge Publikum wie Hebammen über die Säuglingspflege und -erkrankungen aufzuklären bestrebt ist. Jene Aufklärung ist daher als ein wichtiges Glied in der „Mutterfürsorge“ vollberechtigt, zumal über

vernachlässigte Blutungen in vielen Kreisen es noch an dem richtigen Verständnis mangelt. Dem Arzte würde vielleicht manche bittere Enttäuschung erspart, wenn er frühzeitiger, als üblich, um seinen Rat angegangen würde und in der Lage wäre, rechtzeitig eine zielbewußte Therapie einzuleiten. Ich setze dabei auch in Ärztekreisen ein klares Verständnis für die Ätiologie und die Behandlung der Blutungen voraus; immerhin begegnet man hie und da in der konsultativen Praxis bezüglich der Behandlung der Blutungen recht bedenklichen Widersprüchen, ganz besonders bezüglich der Indikation zu etwaigem operativen Eingreifen. Der eine behandelt z. B. einen Fall, der unbedingt operiert werden müßte, lange Zeit erfolglos mit allen möglichen Blutstillungsmitteln — ich sah vor vielen Jahren einen monatelang mit Sekale behandelten Fall von Uterussarkomblutungen, der schließlich, leider zu spät, zur Operation kam —, der andere traut sich die Operation zu, welche gemeinhin als „harmlos" und „ungefährlich" bezeichnet wird, die Ausschabung, und schadet wider Erwarten der Patientin gerade durch diesen scheinbar einfachen Eingriff! Erfahrungen dieser Art, die ich in der konsultativen Praxis immer wieder gemacht habe, lassen es zweckmäßig erscheinen, über die Ursachen der Blutungen in der gynäkologischen Praxis — die geburtshilflichen lasse ich ganz unberücksichtigt — einmal eine klare Übersicht zu geben und an der Hand dieser Analyse die therapeutischen Maßnahmen zu erörtern, deren sich der Praktiker bei Blutungen ohne Gefahr bedienen kann. Ich versetze mich dabei ganz und gar in die Tätigkeit des praktischen Arztes, nicht etwa des Spezialisten, für den die folgenden Betrachtungen, welche übrigens keineswegs das Thema erschöpfend behandeln, von vornherein vielleicht, da nur allzu bekannt, sogar überflüssig erscheinen dürften. Soll aber der Allgemeinheit genützt werden, so muß gerade der Praktiker, der doch das Gros der Fälle zuerst sieht und behandeln muß, einen überaus klaren Blick haben für die Beurteilung und Behandlung von Blutungen, ein Gesichtspunkt,

den ich in der klinischen Ausbildung der Studierenden für außerordentlich wichtig ansehe.

Obwohl in erster Linie bei allen diesen Fällen der Allgemeinstatus berücksichtigt werden muß und demgemäß die operative Tätigkeit meist erst in zweiter Linie kommt, so erachte ich es für lehrreich, über diejenige Operation, welche gemeinhin als einfach, harmlos und ungefährlich gilt und welche sich mancher Arzt (immerhin durchaus nicht alle!) mit mehr oder weniger Recht zutraut, die sog. Ausschabung der Gebärmutter, in Kürze einige Winke zu geben an der Hand einer Reihe von Erlebnissen, die keineswegs bestätigen, daß diese Operation an sich so ganz harmlos ist. Zwar lernt auch der Studierende die Operation ausführen, ja er muß sie auch lernen, da er unter Umständen nach unvollkommenem Abort sie ausführen muß, aber ihm werden dabei allenthalben in der Klinik die Vorsichtsmaßregeln inbezug auf Indikationsstellung und Technik so klar gemacht, daß man Verfehlungen in dieser Hinsicht eigentlich nicht erwarten sollte. Ich halte gerade bei dieser einfachen Operation, die so unendlich häufig ausgeführt wird, für eminent wichtig, in jedem Falle festzustellen: kann ich im gegebenen Falle diese einfache Operation auch ohne Gefahr ausführen und für alle Folgezustände die Verantwortung tragen? Meiner Erfahrung nach — ich stehe allerdings nicht allein da in dieser Beziehung — wird diese Frage in der Praxis oft zu wenig beachtet, obwohl die klinischen Lehrer sich alle Mühe geben, die angehenden Ärzte vor Fehlern zu warnen, so daß Mißerfolge, besser ausgedrückt unangenehme Folgeerscheinungen, nach der Ausschabung gar nicht so selten vorkommen. Ich sehe dabei zunächst einmal von groben Verfehlungen in der Technik (z. B. Perforation des Uterus u. a.) ab und möchte nur auf diejenigen Mißerfolge hinweisen, die sich einfach daraus ergeben, daß der Arzt die Ursache der Blutungen nicht exakt diagnostiziert (z. B. Blutungen bei submukösem Myom) oder die Adnexe nicht genügend berücksichtigt hat (Pyosalpinx, Perimetritis, Tubargravidität). Eine

kleine Auslese solcher Fälle aus der konsultativen Praxis wird den Beweis dazu erbringen.

Die Technik der Ausschabung setze ich als bekannt voraus; Verschiedenheiten inbezug auf die Ausführung werden wohl kaum herrschen. Da die Operation eine solche „im Dunkeln" ist, so ist es ganz selbstverständlich, daß für die Zugänglichkeit zum Kavum uteri bestimmte Voraussetzungen erst erfüllt werden müssen; ebenso wichtig ist es, da der Uterus mittels Hakenzangen an der Portio fixiert werden muß, daß in erster Linie der Uterus auch auf seine Bewegungsfähigkeit, also das Verhalten der Ligamente und der Adnexe genau untersucht wird! Ich möchte, so typisch und einfach die Operation auch erscheinen mag, als erstes Postulat aufstellen: Keine Abrasio ohne vorausgegangene genaue bimanuelle Abtastung des Uterus sowohl, als auch seiner Adnexe; als zweites: keine Abrasio, ohne daß vorher die Uterushöhle genügend dilatiert ist.

Die Notwendigkeit präliminarer Dilatation des Uterus, sei es durch Stifte (Dilatation mit Schultze- oder Hegar'schen Stiften), sei es durch Quellmittel (Laminaria sterilisata) habe ich schon hervorgehoben. Ich kann sie aber deutlicher, obwohl sie nur allzu selbstverständlich erscheint, an einem Falle schildern, den ich vor einigen Jahren zu operieren hatte: eine Patientin hatte sehr starke Blutungen, nachdem die Periode zweimal ausgeblieben war, also in der Schwangerschaft; ein Arzt schlägt die Ausschabung vor und versucht dieselbe unter Assistenz eines Kollegen, dabei enorme Blutung! Die fast ausgeblutete Frau kommt tamponiert in meine Behandlung; ich finde die Zervix völlig erhalten, jetzt ist nach der Tamponade der Muttermund durchgängig, ich entferne das in eine Blutmole umgewandelte Ovum und behandle im übrigen die Anämie; zum Glück gelingt es gerade noch die Frau zu retten. Was war geschehen? Der betr. Arzt hatte, ohne die Zervix zu dilatieren, eine scharfe Kurette eingeführt, die Abrasio, die er für leicht hielt und die er sich zutraute, begonnen, dabei das zum Teil gelöste Ei an der Pla-

centarstelle natürlich von der Unterlage losgelöst, dadurch erfolgte naturgemäß eine noch stärkere Blutung, ohne daß ihm die Entfernung des Eies gelungen wäre. Hätte derselbe tamponiert oder vorher Laminaria eingelegt und die Tamponade angeschlossen, so wäre es ihm sicherlich leichter gewesen, ohne den enormen Blutverlust das Ei als Causa morbi zu entfernen. Der Fall illustriert zugleich die Gefahren der kleinen Kurette bei dem Abort! Auf die Gefahren der brüsken Dilatation vor der Ausschabung will ich nicht weiter zu sprechen kommen, sie sind zur Genüge bekannt. Gerade bei Aborten kommen nicht selten unkontrollierbare Zerreißungen über dem inneren Muttermund vor. Die beste Illustration dazu finde ich in Liepmann's „Das geburtshilfliche Seminar" Fig. 200. Hier ist sehr gut im Bilde dargestellt, wie der Hegar-stift durch forzierte Dilatation ein sub-peritoneales Hämatom verursacht hat. Kommt dazu noch eine Infektion von außen, so kann sich eine schwere allgemeine Sepsis dazu gesellen, wie ich sie in der konsultativen Praxis sah: Versuch einer, im übrigen gar nicht indizierten Ausschabung, bei offenbar nicht erkannter Gravidität, Verletzung bei der Dilatation oberhalb des inneren Muttermunds, schwere septische Infektion mit Exitus! Ein gerichtliches Verfahren, das von der Staatsanwaltschaft eingeleitet war, wird zum Heile des Arztes glücklicherweise niedergeschlagen. — Ich will diese Seite der technischen Fehler bei der Ausschabung, zu der ich noch manche Erlebnisse der konsultativen Praxis mitteilen könnte*), nicht weiter erörtern, vielmehr an der Hand von einigen lehrreichen Fällen beweisen, wie sehr wichtig es ist, vor der Abrasio die Adnexe abzutasten.

Fall I.

29 jährige Patientin aus G. konsultierte mich in der Sprechstunde wegen unerträglicher Schmerzen und fortwährender, wenn auch nicht starker Blutungen. Sie gibt an, daß vor ca. vier Wochen durch den Hausarzt wegen Blutungen

*) Vgl. dazu Walther, Frauenarzt 1910, Heft 7: Die Verantwortlichkeit in der Geburtshilfe etc.

eine Ausschabung in ihrer Wohnung gemacht wurde; im Anschluß daran traten Schmerzattacken auf, leichte Blutung hielt indes weiter an. Der Arzt hatte ihr bestimmt gesagt, es handele sich um vollständige Fehlgeburt im 2. Monat, nachdem einmal die Periode ausgeblieben war. Wegen der Schmerzen zog er einen Chirurgen zu Rate, welcher den Verdacht auf Blinddarmaffektion aussprach, die Diagnose jedoch offen ließ. Patientin hat einmal vor fünf Jahren geboren, ist seit dieser Zeit nicht wieder schwanger gewesen.

Die Anamnese erweckte in mir sofort den Verdacht, daß es sich um Tubarschwangerschaft handele, die nicht erkannt worden ist, speziell um rechtsseitigen Tubenabort, da Pat. hauptsächlich über Schmerzen in der rechten Seite und nach dem Kreuz hin klagte. Der Untersuchungsbefund bestätigte meine Annahme: anämisches Aussehen, Puls immerhin kräftig; Portio aufgelockert, steht nach hinten und abwärts, der Uterus ist deutlich vergrößert, weich; hinter dem Uterus fühlt man eine weiche, zum Teil aber auch konsistentere Tumormasse, welche sich diffus im Douglas'schen Raum nach beiden Seiten hin ausbreitet und nach rechts in eine gleiche, allerdings härtere Resistenz von knapp Hühnereigröße übergeht. Linke Adnexe scheinen frei zu sein. Diagnose: Hämotokele retrouterina, Abortus tubarius dexter imperfektus. Sofortige Aufnahme ins Krankenhaus. Zunächst behandelte ich den Fall abwartend und beobachtete, wie es mit der inneren Blutung und der Schmerzhaftigkeit weiter gehe, da ein Grund zum unmittelbaren Eingreifen ohne vorherige genaue klinische Beobachtung (Temperatur, Puls) mir nicht indiziert erschien. Resorbierende Spülungen, Pantopon in Suppositorienform, Ruhe, vorübergehend Eisumschläge brachten für einige Tage wohl Besserung; der Blutabgang — braun-schwarzes dünnflüssiges Blut — ex utero wurde durch Styptizin etwas geringer, hörte aber indessen nicht auf. Ja die weitere Beobachtung zeigte sogar unzweideutig ein Wachsen der Hämotokele. Die Grenze nach unten hin ist zwar jetzt schärfer zu fühlen, seitlich und oben ist sie aber sehr diffus. Die zunehmende Schmerzhaftigkeit, die sich wieder einstellte, die fortdauernde Blutung ex utero veranlaßten mich daher jetzt die Operation zu machen, welche meine Vermutung vollauf bestätigte: Zunächst gründliche Abrasio und Excochleatio einer dicken Decidua; Chorionzotten nicht dabei, zugleich Übergang zur Laparotomie, da der Tumor mir für die Kolpotomie zu diffus erschien und ich wegen der Blutstillung Befürchtungen hegte, während ich sonst bei kleinen Tumoren und auch Tubarschwangerschaft ohne und mit Hämotokele des öfteren mit Erfolg kolpotomiert habe und diesen Weg nicht für falsch halte; ich machte indessen zur Drainage eine Kolpotomia posterior, wobei sich schwarzes Blut entleerte und legte Gaze ein. Hier aber wollte ich auch hinsichtlich des Blinddarmes Klarheit haben und zog deshalb die Laparotomie vor: Pfannenstielscher Faszienquerschnitt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich

in Beckenhochlagerung der vergrößerte Uterus, links die sehr hyperämische Tube, hinten links das vergrößerte Ovarium zu fühlen; nach Zurückschieben der verklebten Därme ließ sich die rechte knollige, klein-hühnereigroße, schwarzblaue Tube freilegen, die offenbar das Ei noch enthält; an diese reiht sich nach hinten rechts, mit einer nach abwärts ziemlich scharf konvexen Abgrenzung die solitäre Hämatokele retrouterina. Der Blinddarm ist ganz frei, ohne Veränderungen — Abtragung der Tube und Entfernung des Hämatokelensackes; exakte Blutstillung. Drainage des Douglas durch die Scheide. Schluß der Bauchwunde.

Glatte Heilung. Pat. wird nach drei Wochen mit völligem Wohlbefinden entlassen. Die nach $^1/_4$ Jahr vorgenommene Untersuchung zeigt, daß der Uterus jetzt völlig frei ist, antevertiert liegt, auch die linken Adnexe abgeschwollen sind. Menses ganz normal seit der Operation, ca. drei Tage dauernd. Die Untersuchung der Tube ergibt an einer Stelle eine Usur der Wand und im übrigen das Bild des Abortus tubarius imperfektus. Das Präparat wird noch weiter genau untersucht.

Epikrise des Falles: Es ist gar kein Zweifel, daß hier der Arzt die Diagnose: Abortus inkompletus mens. II bei uteriner Schwangerschaft stellte, obwohl eine Tubargravidität der rechten Seite bestand. Wegen der angeblich starken Blutung machte er, ohne den Befund der Adnexe beachtet zu haben, die Abrasio — darnach inkomplete Ruptur, Schmerzen nach der als einfach gedachten Ausschabung, Zeichen innerer Blutung. Bildung der Hämatokele. Dieser Fall beweist zur Genüge, wie sehr durch eine Ausschabung geschadet werden kann, falls die Adnexe nicht beachtet, eine Tubargravidität also übersehen wird. Das rationellere Verfahren wäre wohl gewesen: bei den fortdauernden Blutungen eine genauere Untersuchung vorzunehmen und dann den Fall zur Operation der Tubarschwangerschaft in ein Krankenhaus zu überweisen. Der Fall beweist aber weiterhin, wie die im Privathause leider noch oft genug ausgeführte Ausschabung auch nicht ohne Gefahr ist!

Fall II.

Einen ganz analogen Fall sah ich — gemäß dem Gesetz der Duplizität der Fälle — wenige Wochen später: Die 26jährige Patientin in N. hat einmal vor zwei Jahren geboren, im Wochenbett offenbar im Anschluß an gonorrhoische Infektion eine Urethritis und hartnäckige Endometritis durchgemacht, wegen deren sie von mir behandelt wurde. Menses regelmäßig, bis sie einmal vor Ostern aussetzten. Dann Blutungen, mäßig stark, die Blutung wurde aber stärker, weshalb auf Veranlassung ihres Hausarztes in einem Krankenhause eine Ausschabung gemacht wurde. Gleich am zweiten Tage nach der Ausschabung sehr heftige Schmerzen in der rechten Seite, die sich zu großer Heftigkeit steigerten, dann

aber nach Morphiuminjektion wieder nachließen. Patientin wird aus dem Krankenhause am sechsten Tage entlassen. Zu Hause nahmen aber die Schmerzen wieder zu. Nach acht Tagen, also ungefähr 14 Tage nach der Ausschabung, wurde ich konsultiert.

Der Hausarzt berichtete mir, es habe sich um einen einfachen Abort gehandelt — die ausgelöffelten Eiteile seien allerdings nicht untersucht worden (als ich frug, ob Chorion dabei gewesen sei), Patientin sei im übrigen sehr nervös und müsse unbedingt Luftveränderung haben, vielleicht in einem Sanatorium, örtlich könne nichts vorliegen, da ja nur eine „einfache" Ausschabung gemacht sei.

Schon die Mitteilungen des Ehemannes hatten mich stutzig gemacht und wie in Fall I auch hier sofort den Verdacht auf Tubarschwangerschaft schöpfen lassen. Der Befund, den ich erhob, war folgender: Abdomen in der rechten Unterbauchgegend stark gespannt und sehr empfindlich — perkutorisch eine leichte Dämpfung des Schalles. Die innere Untersuchung ergibt, daß der Uterus vergrößert ist, nach vorn gedrängt, an der rechten Kante schließt sich eine diffuse Resistenz an, die sich auch nach hinten nach dem Douglas erstreckte. Die linke Kante des Uterus ist frei. Blutabgang nicht vorhanden. Diagnose: rechtsseitiger Tubenabort. Diffuse Hämatokele retro-uterina (bez. wahrscheinlich intraligamentöses Hämatom von Kleinkindskopfgröße. Aufnahme ins Krankenhaus. Zunächst abwartende Behandlung. Das Hämatom schrumpft. Allgemeinbefinden bessert sich so, daß eine Operation, die ihr dringend angeraten wird, nicht zugegeben wird. Nach etwa $^1/_4$ Jahr ist das Hämatom bis auf Kleinhühnereigröße geschrumpft. Menses wieder normal. Bei der letzten Untersuchung, 20. Dez., ist von einem Hämatom nichts mehr nachzuweisen. Jetzt, nach Ablauf von $^3/_4$ Jahr neue Schwangerschaft V. mens; völliges Wohlbefinden.

Auch hier ist offenbar die Fehldiagnose Schuld an der recht langwierigen Unterleibsaffektion gewesen; die Ausschabung ward als „harmlose" Operation ausgeführt, im Anschluß daran innere Blutung, Hämatokelen- bzw. Hämatombildung.

Aus Löhlein's Praxis kenne ich einen Fall, bei welchem ein Arzt wegen unregelmäßiger Blutungen die Ausschabung machte — im Anschluß daran Ruptur der schwangeren Tube, trotz rechtzeitiger Laparotomie konnte die ausgeblutete Patientin nicht gerettet werden.

Schließlich hatte ich noch einen ähnlichen Fall zu operieren, bei dem in gleicher Weise nach der Ausschabung Schmerzen auftraten, die zunächst wiederum auf eine Blinddarmaffektion bezogen wurden: ein Arzt machte wegen Unregelmäßigkeit der Periode und langwieriger dunkler Blutabgänge die Ausscha-

bung. Zunächst normaler Verlauf, dann Entlassung — wegen unerträglicher Schmerzen konsultierte mich die Patientin nach ca. vier Wochen; ich finde Hämatokele retrouterina, rechtsseitige Tubargravidität II. mens. Die Operation (Laparotomie) ergibt: rechtsseitige Tubargravidität — Hämatokele retro-uterina, reichliche Verklebung der Därme, nach Zurückschieben der Därme finde ich das hühnereigroße Ovum in der Amniochorionblase wohlerhalten zwischen den Mesenterialfalten, wo es offenbar eine zeitlang durch die Verklebungen weiter ernährt wurde. Frucht ca. 7—8 Wochen entsprechend. Genesung.

Interessant ist an diesem Falle, daß die gleiche Pat. nach ca. fünf Jahren an einer linksseitigen Tubenschwangerschaft in der Klinik operiert werden mußte.

Wie unüberlegt, kritiklos oft die Indikation zur Ausschabung gestellt wird, konnte ich vor einigen Wochen feststellen: eine junge Frau, die bis jetzt in kinderloser Ehe lebte, klagte über Schmerzen im Leibe, Periode ist weggeblieben, doch zeigt sich seit ca. drei Wochen dunkelbraunes Blut. Der Arzt hat ihr Pillen gegeben, doch ohne rechten Erfolg, hat daher Pat. zur Ausschabung in die Sprechstunde bestellt. Darauf wurde ich konsultiert: ich finde eine spindelförmige über fingerdicke rechtseitige Tube mit gleichzeitiger Vergrößerung des Uterus und habe dem Arzte geraten, die Ausschabung zu unterlassen, aber die Pat. zur Operation zu schicken.

Wird der Zustand der Adnexe nicht genügend beachtet, so kann natürlich bei einer Ausschabung außer einer inneren Blutung auch eine Infektion folgen, z. B. eine nicht diagnostizierte Pyosalpinx platzen. Mir ist ein Fall bekannt, in welchem von einem Arzte bei einer Frau, die früher in der Poliklinik wegen chronischer Gonorrhoe und Saktosalpinx behandelt wurde, in der Sprechstunde die Ausschabung gemacht wurde und nach einigen Tagen an eitriger Peritonitis der Exitus erfolgte!

Nicht immer ist es die Ausschabung als solche, welche bei solchen, auf Tubarschwangerschaft ver-

dächtigen Blutungen Verschlimmerung, ja die Ruptur oder den Tubenabort beschleunigen kann, schon die Sondierung oder brüske bimanuelle Abtastung kann das bewirken, wie nur zu bekannt ist. Ich brauche dazu nur auf die einschlägige Literatur zu verweisen.*)

Allenthalben wird bei solch zweifelhaften Fällen, bei denen eine tubare Schwangerschaft nicht ganz sicher ausgeschlossen werden kann, sowohl vor intrauterinen Maßnahmen, vor allem der Abrasio, der Sondierung, der intrauterinen Injektion gewarnt, ja die Tamponade, sogar die Verabreichung von Sekale kann hier eine Katastrophe zur Folge haben. Einen interessanten Fall operierte ich im vergangenen Jahre: Ausbleiben der Periode, Blutungen, alle Erscheinungen eines uterinen Abortes, es geht eine Haut ab; der Arzt verordnete Sekalepulver und tamponierte. Zunehmende Schmerzhaftigkeit und alle Zeichen innerer Blutung. Pat. wird auf Veranlassung ihrer Hebamme, die merkwürdigerweise die richtige Diagnose vermutete, in das Krankenhaus transportiert, woselbst ich folgendes feststellte: Abgang von schwarzrotem Blut — Uterus vergrößert in Retroversion — links hinten unbestimmte diffuse Resistenz, darüber eine mehr kompakte, vermutlich die gravide Tube. Ausschabung, Kolpotomia anterior; dabei entleert sich reichlich schwarzes Blut. Nach stumpfem, sehr schwierigem Vorgehen läßt sich die allenthalben verklebte Tube hervorziehen, sie ist etwa daumendick, blauschwarz, aus dem Fimbriemende sieht ein schwarzes Gebilde heraus, also typischer tubarer Abort. Glatte Rekonvaleszenz. Die makroskopische und mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose.

Diese kasuistischen Betrachtungen dürften genügen, den Beweis zu erbringen, daß die Ausschabung keineswegs eine immer so harmlose Operation ist, wie man sie sehr oft von Praktikern einschätzen hört. Gerade auch bei dem Studierenden wird nur allzu oft die Vorstellung erweckt, es könne niemals durch die Ausschabung geschadet werden, zumal er sie ja täglich ausführen sieht und erfährt, daß diese Operation ganz glatt verlaufen ist; er übersieht aber, wie nicht selten auch der Arzt, dabei, daß bestimmte Postulate erfüllt sind, welche eben für den absoluten Erfolg

*) Vgl. u. a. Hofmeier, anat. und klin. Beiträge z. Lehre von der ektop. Schwangerschaft, Würzburg 1894 u. Wagner, die Extrauterinschwangerschaft, Stuttgart 1897 und die Lehrbücher der Gynäkologie.

und die Gefahrlosigkeit bürgen. Gerade auf diese Postulate, die ich oben schon erwähnt habe, möchte ich umso mehr hinweisen, als sie in der Praxis meist nicht genügend beobachtet werden, im übrigen auch in den Lehrbüchern nicht deutlich genug hervorgehoben sind. Sehr wohl ist die Ausschabung eine typische Operation und ihre Wirkung durch die Untersuchungen von Düvelius, Werth*) u. a. zur Genüge bewiesen. Voraussetzung ist aber: 1. daß die Uterushöhle genügend zugänglich gemacht wird, also gehörige Dilatation vorausgeschickt wird; 2. daß der Zustand des Uterus wie der Adnexe genau festgestellt wird, z. B. Myomatosis uteri, Tubargravidität, Pyosalpinx, Pelveoperitonitis, Parametritis. Zweifel empfiehlt zu Punkt 1: am Tage vorher Laminaria einzulegen, als „Probe" dafür, wie die Genitalien auf intra-uterine Eingriffe überhaupt reagieren. Für Blutungen post abortum erscheint mir dies besonders wichtig. Allgemein bekannt ist, daß man bei frischer Gonorrhoe niemals einen intra-uterinen Eingriff machen soll; Küstner verlangt sogar, daß vor jedem intra-uterinen Eingriff das Sekret auf Gonokokken untersucht werden soll. Die Gefahr der Weiterausbreitung einer Infektion ist indes noch größer, wenn bereits Pyosalpinx besteht, also ist es doppelt wichtig, die Adnexe vorher genau zu prüfen. In allen Lehrbüchern wird davor dringend gewarnt, daß man, ohne bimanuell genau den Status der Adnexe festgestellt zu haben, die Operation vornimmt. Auffallenderweise wird aber bei der Ausschabung nicht genügend gewarnt vor der Ausführung bei Verdacht auf bestehende Tubarschwangerschaft oder die bekannten Fälle von Tubenabort. Ich setze dabei voraus, daß bei der Operation selbst eine Infektion von außen unbedingt vermieden werden muß! Unter vielen Hunderten von Fällen sah ich niemals eine Infektion, selbst leichte Fälle nicht. Dagegen sind mir Fälle

*) Vgl. Werth, Arch. f. Gyn., Bd. 49 und Düvelius, Ztschr. f. Gyn. u. Geb., Bd. 10 u. 11. Zweifel, Vorlesungen über klinische Gynäkologie, XV. Vorlesung u. Küstner, Lehrbuch der Gyn., S. 190 ff.

bekannt geworden, in denen nach ambulanter, in der Sprechstunde ausgeführten Ausschabung die schwersten Infektionen eintraten. Ich halte es daher für unbedingtes Erfordernis, vor der ambulanten Ausführung der Operation in der Sprechstunde zu warnen, trotzdem in manchen Lehrbüchern gesagt ist, dieselbe könne man auch ambulant machen. Geschieht dies dennoch einmal, so wird eben die Operation in ihrer Bedeutung verkannt und degradiert. Aus diesem Grunde halte ich auch das Kurettieren in der poliklinischen Sprechstunde vor Studierenden für die Ausbildung nicht für nützlich. Gerade das ahmt ja dann der künftige Arzt in seiner Sprechstunde nach, trotzdem er mit allen möglichen Fällen (Panaritium! Verbandwechsel bei Wunden u. a.) in der chirurgischen Kleinpraxis vorher und nachher zu tun hatte. Der Eingriff als solcher ist sorgfältig, wie vor jeder Operation vorzubereiten und ist in seiner Technik jedem Arzte zur Genüge bekannt: Desinfektion, Fixation der Portio mit Kugelzangen, gründliche Dilatation (unter Umständen nach vorausgeschickter Laminariadilatation), gründliches Abschaben der vorderen und hinteren Wand mit der Kurette, Abtasten der Tubenecken mit dem scharfen Schröder'schen Löffel, Uterusspülung. — Ob nach der Ausschabung nun Injektionen gemacht werden oder nicht, ist ebenso dem Geschmacke und der Erfahrung des Einzelnen zu überlassen, wie die Ausführung der Dührssen'schen Utero-vaginaltamponade. Die Anschauungen sind ja auch recht verschieden: Die einen spritzen Jodtinktur, die anderen verdünnten Liquor ferri ein —, Küstner*) warnt vor der Einspritzung; ich persönlich schließe mich denjenigen an, die vor der „Einspritzung" mit der meiner Ansicht nach gar nicht so ungefährlichen Braun'schen Spritze nach der Ausschabung wie auch in der Nachbehandlung warnen! Döderlein's Untersuchungen haben ja bewiesen, wie weit die Ätzflüssigkeit vordringen kann.

*) Vgl. Küstner, Lehrbuch, S. 192. Fritsch, Lehrbuch, S. 237. Döderlein, Gyn. Kongreß, Leipzig 1897.

Wenn man schon ein Ätzmittel, auf das man in vielen Fällen verzichten kann, anwendet, so ist meiner Erfahrung nach die schonendste und unschädlichste Anwendung unmittelbar nach der Uterusausspülung diejenige in Form der bekannten Playfair- oder Sängerschen Wattestäbchen. Dieselben werden je nach Wahl mit Jodtinktur oder 30prozentiger Formol.-Alkohollösung armiert und wirken nach vorherigem Auswischen der Uterushöhle mittels Gazestreifens in der Regel sehr gut. Was die Uterustamponade nach Dührssen anlangt, so habe ich persönlich dieselbe, ohne jemals nur irgendwie Schaden gesehen zu haben, seit über 15 Jahren ausgeführt, ähnlich wie sie auch Fritsch in seinem Lehrbuch empfohlen hat, indes lasse ich die Gaze 12 Stunden, höchstens 24 Stunden liegen, niemals 2—4 Tage, wie dort noch empfohlen ist. Ich glaube, daß die Jodoformgaze durch frei werdendes Jod, wie auch Zweifel hervorgehoben hat, einen günstigen Einfluß auf die Schleimhaut ausübt, abgesehen von der drainierenden Wirkung. Auch übt die Tamponade einen günstigen Reiz auf die Kontraktionen der Wand aus.

Die Nachbehandlung ist damit am besten erschöpft, nur ausnahmsweise habe ich mich dazu entschlossen, die folgenden Tage die eben beschriebenen Ätzungen zu wiederholen, da ich die Gefahr der gleichzeitigen Infektion fürchtete. Man soll den Uterus in Ruhe lassen. Zu häufige Manipulationen dürften mehr schaden als nützen. In Martin-Jung's Lehrbuch ist sehr richtig hervorgehoben, daß der Eingriff mit einem Male die ganze lokale Therapie erledigen soll. Der Empfehlung Hofmeier's, im ganzen noch 7—10 Ätzungen folgen zu lassen, habe ich mich nicht anzuschließen vermocht, nur bei besonderen Fällen von hypertrophischer Endometritis. Mehrtägige absolute Bettruhe ist unbedingt erforderlich. Die Nachbehandlung ist, wenn man von Ätzungen und Uterusspülungen absieht, eine sehr einfache. In jedem Falle gebe ich Ergotin und zwar in Form der Tinktura hämostyptika Denzel oder als Sekakornin, um eben auch auf die Kontraktion

und Wegschaffung des Sekretes einen günstigen Einfluß auszuüben. Nicht unzweckmäßig erscheint es mir, wie Fritsch empfiehlt, in manchen Fällen Uterusbazillen einzuführen, vorausgesetzt, daß die Einführung ohne erneute Dilatation noch möglich ist, doch habe ich darin keine Erfahrung. Vor der Braunschen Spritze, die Fritsch*) mit Recht als nicht mehr modern bezeichnet, möchte ich auch in der Nachbehandlung ausdrücklich warnen!

Auf die Ätzmittel im besonderen komme ich unten noch zu sprechen.

Unter allen diesen Kautelen ausgeführt und nachbehandelt, ist die Ausschabung eine einfache typische, bei starken Blutungen mitunter auch rettende Operation — bei Vernachlässigung der oben gestellten Postulate kann sie aber zu einer lebensgefährlichen Operration werden, wofür ich oben genügend Belege brachte. Daß eine zu energische Anwendung der scharfen Kurette zur Atresia uteri führen kann, ist wohl selten, wenn auch beobachtet, nicht allzu selten aber nach intensiven Ätzmitteln. Schon jetzt möchte ich dabei vor dem Chlorzink warnen, insbesondere vor dem ganz verlassenen Chlorzinkstift Dumontpalliers, ebenso vor reinem Formol wie konzentriertem Argentum nitrikum. Indessen kann auch die Beschaffenheit der Uteruswandung ein zu tiefes Eindringen der Kurette zulassen; in dieser Hinsicht sei an die gefährlichen Ausschabungen im Wochenbett und nach Aborten erinnert.

Ich setze dabei voraus, daß der Arzt niemals eine Ausschabung im Frühwochenbett macht. Die Gefahren solcher intra-uterinen Eingriffe sind nur zu bekannt. Winter hat gelegentlich des Gynäkologenkongresses 1909 ausdrücklich auf solche hingewiesen. Ich sah in der konsultativen Praxis einen letal verlaufenen Fall von schwerster Septikopyämie, die mit Schüttelfrösten sofort nach einer, durch einen Arzt

*) Vgl. Braun-Fernwald, Wien. med. Woch., 1878. Fritsch, l. c. S. 239. Martin-Jung, Lehrbuch, S. 205. Hofmeier, Lehrbuch, S. 556.

wegen Blutungen vorgenommenen Entfernung von „Blutgerinnseln“ und nachfolgender Ausschabung, einsetzten und unaufhaltsam zum Tode führte. Baisch hat vor kurzem einen ähnlichen Fall veröffentlicht, in welchem nach einer solchen Ausschabung eine Peritonitis entstand. Auch nach Aborten sollte die scharfe und kleine Kurette möglichst vermieden werden, da sie zu tief schabt und mit einem kleinen Instrument erheblich leichter perforiert werden kann, als einer stumpfen großen Kurette. Damit sind zugleich die technischen Fehler angedeutet: Perforation der Uteruswand, zu intensives Abschaben, „Abkratzen“, Fehler, die sich eben ereignen können. Man sollte daher den scheußlichen Namen „Auskratzung“ vermeiden! Sowohl bei der Dilatation als solcher, insbesondere der brüsken, kann sich eine Perforation ereignen, wie oben beschrieben, oft in der Gegend des inneren Muttermundes, mit oder ohne Eröffnung des Peritoneums, als auch bei zu unvorsichtigem Hinaufführen der Kurette bis an den Fundus uteri. Beides muß sich vermeiden lassen! Jedenfalls muß jeder Abrasio eine vorsichtige Dilatation vorausgehen, wie schon hervorgehoben wurde, und die brüske Einführung der Kurette ohne Dilatation ist einfach eine Fahrlässigkeit, gleichwie man die Anwendung der Kornzange bei Aborten streng verurteilen muß! Ich möchte bezüglich der Perforation noch hinzufügen, daß manche Uteri auch zur Perforation „disponieren“; ich rate daher zur Vorsicht bei Hypoplasia uteri, bei Anämischen, bei Tuberkulösen, bei Chlorotischen, bei Atrophia uteri postpuerperalis!*)

Anm. Übrigens liegt die Gefahr der Ausschabung bei starken Blutungen, richtiger gesagt bei „Ausgebluteten“, nicht immer in dem Eingriff als solchem, als vielmehr auch in der Narkose. Man sei hier mit Chloroform sehr vorsichtig; hier ist die Sauerstoffmischnarkose im Roth-Dräger'schen Apparat wohl die zuverlässigste; leider ist derselbe nicht

*) Vgl. Winter, Verhandlungen des XII. Gyn.-Kongresses, Straßburg 1909. Baisch, Münch. med. Woch., 1911. Walther, med. Klinik, 1907, 31—33. Asch, Münch. med Woch., 1911, No. 42. Schenk, Münch, med. Woch., 1901, No. 22.

allenthalben vorhanden. Für solche Fälle ist leichte Äthernarkose mit der Wanscher-Großmann'schen Maske in der von Pfannenstiel und Kroemer angegebenen Technik, die ich sehr hoch schätzen gelernt habe, die allerungefährlichste. Bronchitis oder gar Lungenentzündung habe ich nie gesehen. Daß man bei jeder Narkose eine Sauerstoffinhalation und auch Suprareninlösung vorrätig halten muß, setze ich als bekannt voraus.

Bei der bisherigen Betrachtung habe ich mir vorgestellt, daß der Arzt sich einmal veranlaßt sehen kann, wegen einer chronischen Endometritis oder wegen Blutungen post abortum die Abrasio auszuführen. Sie sollte ihn auf die Gefahren aufmerksam machen, damit er diesen Eingriff auch wohlüberlegt und wohlvorbereitet ausführt, falls die anderen Mittel zur Blutstillung versagt haben. Indessen ist die Endometritis als solche durchaus nicht die einzige Ursache von Blutungen, wie sie der Arzt sieht. Es erscheint mir daher zweckmäßig, zunächst einmal übersichtlich die Ursachen der verschiedenartigen gynäkologischen Blutungen zu analysieren und an der Hand dieser Analyse die verschiedenen lokalen und medikamentösen Blutstillungsmittel zu erörtern, Hand in Hand mit der oft recht notwendigen Allgemeintherapie. Alsdann werden sich auch um so klarer die Grundsätze für ein etwaiges operatives Vorgehen des praktischen Arztes ergeben.

Blutungen aus den Geschlechtsteilen können bekanntlich die verschiedenartigsten Ursachen zu Grunde liegen, meist lokaler Natur, nicht selten aber auch Allgemeinleiden. Es ist also die wichtigste Aufgabe des behandelnden Arztes die Quellen der Blutung zu eruieren, um danach die kausale Therapie einleiten zu können. Meist handelt es sich um Blutungen nach außen; sog. innere Blutungen, wie sie z. B. bei geplatzter Tubarschwangerschaft entstehen, sollen, wie alle Schwangerschaftsblutungen, im folgenden außer acht gelassen werden. In Betracht kommen nur Blutansammlungen bei atretischen Veränderungen des Scheidenrohres oder der Zervix. Nun können die Blutungen direkt durch Erkrankungen der Geschlechtsteile bedingt sein, oder sekundär durch All-

gemeinerkrankungen; bei ersteren ist ein lokaler Befund immer oder fast immer zu erheben, bei letzteren muß der Allgemeinstatus in erster Linie berücksichtigt werden.

Blutungen der äußeren Geschlechtsteile: Aus der Vulva bez. dem Introitus vaginae können Blutungen sich ereignen durch Verletzungen z. B. Fall, Stoß u. a., ganz besonders wenn schon variköse Veränderungen der Labien bestanden — ein Analogon zu den bei Schwangeren vorkommenden Varikositäten. Auch durch Koitus bes. Koitus primus kann es schon zu starken Blutungen kommen, Risse in der hinteren Kommissur oder dem Frenulum klitoridis, besonders bei sehr engem halbmondförmigem Hymen, nicht selten aber hoch oben im Scheidengewölbe. Ich sah auch bei brüsker Einführung eines Spekulum eine ziemlich starke Blutung. Mitunter ist das Gewebe an sich leicht zerreißlich. Seitliche Klitorisrisse können dabei recht stark bluten, lassen sich mitunter aber leicht durch Kompression stillen, in anderen Fällen ist eine, natürlich oberflächliche Schleimhautnaht notwendig.

Zu den nicht traumatischen Ursachen für Blutungen der Vulva gehört in erster Linie das Karzinoma vulvae, meist in Form eines flächenartigen, zunächst blutig-seröse Flüssigkeit absondernden Geschwüres, das bekanntlich im allerersten Anfang verdächtigen Juckreiz veranlaßt. Es geht meist von der Klitoris, den Nympholabialfalten, seltener der Bartholini'schen Drüse aus und führt zu Blutungen erst nach Zerfall des Geschwürs.*) Die Prognose dieses, sehr rasch in die Umgebung sich ausbreitenden Karzinoms ist sehr ungünstig, gerade die jugendlichen Formen. Ich operierte mit Ausräumung der Lymphdrüsen ausgiebig in sehr frühem Stadium bei einer 29jährigen Frau ein solches, aber nach $^3/_4$ Jahren war bereits eine Rezidiv vorhanden. Auffallend selten sind solche Karzinome bei alten Prolapsen. Ich sah

*) Vgl. die sehr instruktive Abbildung in Fig. 60, Küstner's Lehrbuch der Gynäkologie.

allerdings bei einer 77jährigen Greisin mit enormem Prolaps und Dekubitalgeschwüren ein Karzinoma vulvae, ähnlich dem in Fig. 93 in Küstner's Lehrbuch illustrierten Falle.

Dammverletzungen gehören in das Gebiet der Geburtshilfe, desgleichen Verletzungen der Scheide. Immerhin sind Traumen mit darauffolgenden starken Blutungen beobachtet, z. B. nach Fall auf spitze oder scharfe Gegenstände, ebenso Koitusverletzungen der Scheide. Ich hatte Gelegenheit, eine Koitusverletzung (in prima nokte!) mit tiefem Scheidenriß im Fornix in der konsultativen Praxis zu behandeln; der Riß setzte sich bis in die Basis des Lig. latum fort und führte später zu beträchtlicher Narbenbildung. Auch hier sitzt, wie so oft, der Riß in der hinteren Scheidenwand gerade unterhalb des Fornix. In manchen Fällen kann direkte Naht des Risses nötig werden, besonders wenn er tief ins Parametrium hineingeht. Neugebauer*) hat eine diesbezügliche ausführliche Kasuistik zusammengestellt und fand sogar 22 Todesfälle unter 150 Fällen. Auch paravaginale Risse kommen vor. Schließlich können kriminelle Abtreibungsversuche zu tiefen Verletzungen führen. Ich sah eine breite Verletzung des hinteren Scheidengewölbes, die das Peritoneum eröffnete, und eine gleiche, welche sich dadurch ereignet hatte, daß ein Arzt im Spätwochenbett (4 Wochen post partum) die Aufrichtung des retroflektierten Uterus forziert hatte. Hier hat wohl eine Zerreißlichkeit des Gewebes vorgelegen. Ich nähte den gerissenen Douglas, drainierte ihn, der Fall heilte glatt.**)

Unter den Neubildungen der Scheide, die zu Blutungen führen, steht gleichfalls das Karzinoma vaginae obenan, freilich häufiger als sekundäres Karzinom bei Portio- oder Zervixkarzinom. Meist gehen den Blutungen Ausfluß und Schmerzen voran. Ebenso kann aber eine ganz eigenartige blauschwarze Tumorbildung zu Blutungen Anlaß geben, die als Metastase

*) Vgl. Mtschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 9.
**) Vgl. Walther, Der Frauenarzt. 1910. No. 7.

eines in dem Uterus sitzenden Tumors anzusehen ist, nämlich des Synzytioma malignum (Chorionepitheliom) (s. u.). Auch luetische Ulcera, sowie leicht zerreißliche Narben nach puerperalen Prozessen können zu Blutungen Anlaß geben. Hier wird eine genaue Inspektion und Spekulierung das ulcus bezw. die Neubildung leicht erkennen lassen.

Klinisch wichtig sind namentlich die leichten Blutungen, die bei Frauen im Klimakterium, außerdem diejenigen, die post koitum auftreten. Gerade sie sind ominös für Karzinom und erfordern die allergenaueste Untersuchung, digitale wie solche mit dem Spiegel. Immerhin ist nicht zu leugnen, daß auch die Kolpitis senilis haemorrhagika, d. h. eine mit Epitheldefekten einhergehende chronische Entzündung der Scheide, bei der blutig tingierte Punkte auf der hochroten Schleimhaut zu sehen sind, zu ganz leichten blutigen Absonderungen Anlaß geben.

Das Sarkom der Scheide ist schon seltener, merkwürdigerweise aber gerade im frühen Kindesalter beobachtet als traubiges Sarkom der vorderen oder hinteren Scheidenwand; bei Erwachsenen bildet es solide Tumoren, mehr polypös allerdings bei Kindern, bei Erwachsenen dagegen als ein nur wenig vorspringender Tumor oder flächenhafte Infiltration, die aber bei Berührung leicht blutet. Brettharte Beschaffenheit, seröser fleischwasserähnlicher Ausfluß und Blutungen sind verdächtig dafür.

Schließlich können auch Fremdkörper zu blutig-eitriger Sekretion führen, so Pessarien, die jahrelang gelegen haben. Ich sah eine ganze Reihe solcher Fälle, darunter einen Fall, bei dem es zu starken Blutungen gekommen war, nachdem der von dicken Granulationen umwucherte Ring, der nachweislich vor 24 Jahren eingelegt war, die Granulation „durchgescheuert" hatte.

In einem andern Fall hatte ein Pessar — ein runder Hartkautschukring — auch „zu gut gelegen", war 5 Jahre nicht gewechselt worden; bei der 58jähr. Patientin waren dazu Schrumpfungsvorgänge in der Scheide eingetreten, so daß der Arzt das Pessar nicht

entfernen konnte; er versuchte das Pessar durch eine Schnur zu entfernen, wobei jedoch begreiflicherweise ein tüchtiger Scheidenriß entstand, der mir die Frau zur Operation übermittelte!

Ungleich wichtiger sind die Blutungen, die von höher oben stammen, also von der Portio vaginalis oder ex utero.

Sahen wir schon in der Scheide bei älteren Frauen chronisch entzündliche Veränderungen mit Abschürfung des Epithels, so können die gleichen auch an der Portio sich finden. Hier sind es aber meist weniger blutige, als eitrig-blutige Ausflüsse, wegen deren ältere Frauen den Arzt schließlich aufsuchen. Zu beachten ist aber: daß die gesunde Portioschleimhaut nicht blutet! Erheblich wichtiger sind die greifbaren pathologisch anatomischen Veränderungen der Portio: zunächst die sog. Erosion. Unter Erosion versteht man entweder den Verlust des Plattenepithels mit Freiliegen des Stratum mukosum (sog. Fischel'sche Erosion) oder eine Umwandlung des normalen Plattenepithels in leicht verletzliches Zylinderepithel (sog. Ruge-sche Erosion). Ein wirklicher Substanzverlust besteht dabei nur im Fischelschen Sinne. Der makroskopische Befund ist zu bekannt, um hier ausführlich beschrieben zu werden. Ich verweise auf die bekannten Ruge'schen Bilder und erwähne nur, daß die sonst glatte Portio einen hochroten Hof zeigt, welche den äußeren Muttermund umgibt und an seinem Rande allmählich, seltener ziemlich scharf in das livide Kolorit der Portio übergeht.*)

Am virginellen und infantilen Uterus findet man mitunter Veränderungen dieser Art, die entweder als Evertierung der stark geschwollenen Zervixschleimhaut oder in der Umgebung des äußeren Mutter-

---

*) Vgl. C. Mayer, Berlin 1861; Ruge & Veit, Z. f. Gyn., 1877, No. 2; Zeitsch. f. Geb. u. Gyn., Bd. II; Ruge, Z. f. Gyn., 1880; Fischel, Arch. f. Gyn. Bd. 15 u. 16, u. Z. f. Gyn., 1880; sowie die Lehrbücher der Gynäkologie.

mundes hat sich eine embryonale Zylinderzellenschicht erhalten, in anderen seltenen Fällen wirklicher Epithelverlust (Fischel), wohl verursacht durch arrodierende Eigenschaften des Sekretes.

Im Ruge-Veit'schen Sinne handelt es sich nicht um Geschwüre, sondern um Bekleidung mit Zylinderepithel. Im sub-epithelialen Gewebe findet man Zervixdrüsen mit dem bekannten azinösen Typus, mit reichlicher Vaskularisation und bedeutender Gefäßneubildung. Früher unterschied man, je nachdem diese Veränderungen zu papillären Erhebungen führen, eine papilläre Erosion gegenüber der einfachen Erosion (Erosio simplex). Die Portio als solche ist hypertrophiert, oft auch durch Retentionskysten vergrößert, „follikulär hypertrophiert", früher als follikuläre Erosion bezeichnet. Bei genauerem Zusehen bemerkt man, daß der unterste Teil der Zervix zu sehr klafft. Die Ruge-Veit'sche Untersuchungen haben immerhin den Beweis erbracht, daß die alte Anschauung, als handle es sich um „Geschwüre" nicht zu Recht besteht. Auch bei dem Publikum hört man immer wieder diesen völlig unzutreffenden Ausdruck, oft sogar noch in der Diagnose. Die Diagnose ist unbedingt im Spekulum zu stellen, eventuell muß das Sekret durch einen Probetampon aufgefangen und mikroskopisch untersucht werden. Das wesentlichste Symptom besteht hier allerdings in der starken sehr lästigen schleimig-eitrigen Sekretion, die sich trotz ausgiebiger Spülungen nicht beseitigen läßt. Nicht selten zeigt sich aber auch bei der Untersuchung wie bei der Spekulierung Blutabgang. Solche Erosionen können mit Recht als „verdächtig" bezeichnet werden.

Oft sieht man „Erosionen" gerade bei Multiparen mit altem Zervixriß. Die Muttermundslippen klaffen und die stark gerötete, stark sezernierende und mitunter auch auf Berührung blutende „ektropionierte" Zervikalschleimhaut präsentiert sich im Spekulum. In solchen Fällen darf man füglich nicht von Erosion sprechen, sondern von Evertierung der Zervikalschleimhaut (Ektropium).

Während man hier also von echten „Geschwüren“ nicht reden darf, sieht man richtige Dekubitalgeschwüre, wie in der Scheide, wie oben beschrieben, auch an der Portio, bei großen Prolapsen mit Inversion der Scheide (vgl. sehr instruktive Bilder Fig. 138 u. 140 in Hofmeier's Lehrbuch und Fig. 204 in Fritsch's Lehrbuch); es ist klar, daß gerade hier durch Läsion und beständiges Scheuern der Kleider solche sich ausbilden können. Ich habe bei der Häufigkeit der Vorfälle in hiesiger Gegend oft solche von allergrößter Ausdehnung gesehen und einige Fälle von Ärzten — sogar mit der Diagnose „Karzinom“ zugewiesen erhalten — ein in der Tat verzeihlicher Irrtum.

Solche Ulzera sind bei den großen prolabierten Scheidenwänden nicht zu übersehen und geben als solche oft Veranlassung, daß die indolente Trägerin des Prolapses den Arzt bez. das Krankenhaus behufs Operation aufsucht, da sie „Krebsgeschwür“ fürchtet.

Wird die Erosion im Spekulum erst entdeckt, so ist von vornherein auch nicht immer die Annahme dieser chronisch entzündlichen Veränderung berechtigt; es gibt Fälle, bei denen entweder die Sekretion trotz entsprechender Behandlung nicht geringer wird oder bei Berührung immer wieder Blut abgeht. Solche Fälle müßten mindestens als suspekt bezeichnet werden. In der Regel denkt man an beginnendes Karzinoma portionis. Aber auch die Tuberkulose*) kann solche Veränderung verursachen: Bei einer 22jäh. Patientin wurde ich wegen langdauernden Ausflusses konsultiert — an der Portio fiel mir eine Erosion auf, in deren Grunde aber perlgerstenähnliche Verdickungen zu sehen waren. Ich machte Probe-Abrasio und Exzisio probatoria und fand zu meiner Überraschung eine ausgesprochene Tuberkulosis portionis et endometrii korporis. Der Fall ist 1897 operiert, nach vielen Jahren ist Pat. noch gesund gewesen, später hörte ich nichts mehr von ihr.

*) Vgl. Walther, Mtsch. f. Geb. u. Gyn., 1897, Bd. 6.

In anderen Fällen muß man unbedingt an ein beginnendes Karzinom denken. Wenn gleich eine scharfe Differenzierung zwischen ursprünglichem Portio- und Zervixkarzinom nicht möglich ist, da beide ineinander übergehen können, so präsentiert sich das Portiokarzinom entweder als flache karzinomatöse Neubildung (Kankroid, Ulcus rodens) oder als unregelmäßige, blumenkohlartige Wucherung gegen die Scheide hin (cauliflower), typischer Blumenkohlkrebs. Die ersteren, von der Außenseite entspringenden haben mehr flächenhaften Charakter, verbreiten sich von da in die Umgebung, während die auf Grund eines Ektropium sich entwickelnden mehr als pilzartige Wucherung in die Scheide hereinragen. Entweder ist die ganze Portio befallen oder nur eine Muttermundslippe, meist die hintere Lippe, von blutrotem Aussehen, nicht selten mit schmierigen Gewebsfetzen belegt, oder, wenn vernachlässigt, bereits jauchend.*) Die Ausbreitung nach der Vagina hin erfolgt ohne Unterbrechung; sehr frühzeitig wird das Beckenbindegewebe betroffen, die Lymphgefäße und gerade die Iliakaldrüsen, insbesondere bei der zweiten Form. Die erstbeschriebene Form kann längere Zeit isoliert bleiben. Der wichtige Unterschied gegenüber Erosion und Ektropium besteht darin, daß das Gewebe bei Karzinom meist morsch und bröckelig ist. Der Fingernagel kann schon Stückchen abkratzen. Ebenso wichtig ist die Blutung bei Berührung; ominös ist auch diejenige nach Kohabitation.

Die Blutungen aus dem Zervikalkanal bieten im Gegensatz zu den eben beschriebenen oft die allergrößten Schwierigkeiten Denn falls die Blutungen aus der Gebärmutterhöhle kommen, kann selbstverständlich ebenso Zervix wie Korpus der Sitz der Blutungen sein. Hier kommt es, wenn die Zervikalhöhle für den Finger nicht direkt zugänglich ist, bez. zugänglich gemacht ist, nur auf eine Vermutung der Quelle der Blutung an.

*) Vgl. die instruktiven Bilder auf Tafel V in Hofmeier's Lehrbuch.

Die unschuldigste Form ist der submukös zutage tretende Polyp der Schleimhaut, der indes auch aus dem Korpus nach unten gelangt sein kann. Immerhin sollte die mikroskopische Untersuchung eines solchen nie versäumt werden, da maligne Veränderungen an solchen beobachtet sind. Unter Umständen kann ein solcher Polyp auch einmal eine starke Blutung veranlassen. Bei der sog. follikulären Hypertrophie der Muttermundslippen können eine derselben oder beide bis in die Vulva reichen. Auch ein submuköses Myom, richtiger gesagt fibröser Polyp, der Korpushöhle, welcher in die Zervix geboren ist oder auch von der Zervikalhöhle ausgeht, kann die Ursache der Blutung sein. Es handelt sich dabei stets um Metrorrhagieen. Die Zervix ist bei der kombinierten Untersuchung als flaschenartig aufgetrieben zu fühlen; bei der Dilatation, oder falls Wehen da waren, fühlt man durch den eröffneten Muttermund direkt das polypöse Myom. Differentialdiagnostisch ist natürlich die partielle Inversio uteri zu beachten. Gerade bei mehreren solcher Fälle sah ich ganz enorme Blutungen, die aber mit Entfernung des Myoms und nachfolgender Ausschabung standen.

Erheblich wichtiger ist, wenngleich solch vernachlässigte Myome zu hochgradiger Anämie, oder gar zur Nekrose führen können, das Karzinoma zervicis, das indes nicht immer so dem Auge und auch dem Finger zugänglich ist, wie man meinen sollte. Ich habe für Löhlein's*) Tagesfragen einen typischen Fall gezeichnet, in welchem die Portioschleimhaut absolut unverändert war und erst durch die breite diagnostische bilaterale Spaltung das damals schon nicht mehr operable Karzinom gefühlt wurde.

Das Zervixkarzinom, das bekanntlich vom Epithel der Schleimhaut, sowohl Oberflächen- als auch Drüsenepithel ausgeht, schickt solide zapfenartige Bildungen in die Tiefe, kann einen deutlich polypösen Charakter haben oder eine gleichmäßige Infiltration der Zervixschleimhaut und -muskulatur darstellen; es hat gleichfalls die Neigung nekrotisch zu zerfallen und be-

*) 1893. Heft 3, Tafel III, Fig. 8.

kanntlich sehr frühzeitig in die Umgebung weiterzuwuchern, nach oben den inneren Muttermund zu überschreiten, ebenso nach unten die Portio; gerade das Wachstum nach der Umgebung erfolgt rapider als bei den andern Formen des Karzinoms. Im parazervikalen Gewebe wuchert es fort, umwuchert die Ureteren und ergreift die Lymphbahnen bis zu den Iliakaldrüsen. Es stellt sozusagen die unheimlichste Form des Karzinoms dar, zumal, wenn außer der Blutung Schmerzen hinzukommen, die Ausbreitung in der Umgebung oft schon sehr große Fortschritte gemacht hat.*) Unregelmäßige, atypische Blutungen, nicht selten mit abnormer Sekretion sind hier zunächst das Hauptsymptom der Erkrankung.

Vorgeschrittene Karzinome der Portio wie der Zervix werden bei der digitalen Untersuchung wie der Spekulierung, die natürlich nie versäumt werden darf, keinem Arzte entgehen. Wohl aber können an der Zervix auch Veränderungen vorkommen, deren Bild zunächst unklar ist.

Zwei typische Fälle will ich kurz beschreiben:

Eine 42jährige Frau erkrankte an unregelmäßigen Blutungen, die außerhalb der Menses auftraten und schon über ½ Jahr sich hinzogen. Sie konsultierte einen Kurpfuscher (Magnetiseur) außerhalb, erhielt den Rat, „das habe weiter nichts zu bedeuten und hänge mit dem Wechsel und Blutwallungen zusammen". Jedenfalls riet er direkt von einer Operation, selbst einer kleinen ab. Nachdem Pat. noch za. ½ Jahr lang weiter geblutet hatte, kam sie in meine Sprechstunde und gab an, daß unregelmäßige Blutungen beständen, zeitweise aber reichlich Massen abgingen, vergleichbar mit Schleimpfropfen.

Ich fand an der glatten Portio vaginalis keine Veränderung, aber hinter der hinteren Muttermundslippe eine kleine hahnenkammartige lappige Wucherung. Die Zervix war blasig aufgetrieben; fortwährender, wenn auch nicht starker Blutabgang bestand. Probeabrasio nach Dilatation ergab

*) Ausgezeichnete makroskopische Bilder, deren Studium ich jedem Praktiker empfehle, finden sich außer in den bekannten Lehrbüchern für Gynäkologie bei Stratz, die rechtzeitige Erkennung des Uteruskrebses. Stuttgart, Enke 1904. Die sehr verständlich geschriebene Monographie schließt mit einem beherzigenswerten Mahnwort an die praktischen Ärzte.

weiche dicke Schleimhautmassen. Mikroskopisch waren dieselben mir sehr verdächtig auf Endothelioma uteri. Krebszapfen nirgends nachweisbar. Ich machte Totalextirpation. In der Zervix nirgends palpable Wucherungen, wie bei Karzinon, sondern die beschriebenen Schleimhautwucherungen. Jene lappige Wucherung in der Scheide war bereits eine Metastase. Nach $^3/_4$ Jahren trotz guter Erholung zunehmende Schmerzen, Blutabgang aus dem Mastdarm, das ganze Becken ausgemauert von einer steinharten Tumormasse. Exitus nach $^1/_4$ Jahr, also $^5/_4$ Jahr nach der Operation. Der rapide Verlauf sprach von vornherein für die sarkomatöse Natur des Leidens.

In einem zweiten Falle wurde mir eine Patientin wegen eines Schleimhautpolypen der Portio zur Ätzung bezw. Exzision zugeschickt. Zunächst entfernte ich denselben und untersuchte mikroskopisch: allenthalben reichliche Zellwucherungen, nirgends Karzinombilder. Schon nach 5 Wochen war eine gleiche bläulich rote polypenartig vorspringende Wucherung erschienen an der gleichen Stelle, wiederum blutend, wie ein Pilz aus der Wand herauswachsend. Sofortige Totalexstirpation. Anatomische Diagnose. Sarkoma portionis. Jetzt nach 2 Jahren rezidivfrei.

Die beiden Fälle beweisen zur Genüge, daß die Polypenwucherungen nicht ganz harmloser Natur sind.

Die von der Zervix ausgehenden Sarkome sind sehr selten und haben mitunter den Charakter eines polypösen, traubigen in die Scheide ragenden Tumors; die einzelnen Teile haben durch hydropische Anschwellung der Papillen und durch Bildung wirklichen Myxomgewebes fast die Beschaffenheit der Traubenmole von Erbsen- bis Bohnengröße; blutiger und stark wässeriger Ausfluß sind auch hier die Hauptsymptome. Sehr selten ist das sog. Endothelioma zervicis. Im Allgemeinen zeigt das Sarkom größere Vorliebe für das Korpus uteri.*)

Die Blutungen aus dem Korpus uteri stellen wohl das Hauptkontingent aller Blutungen in der gynäkologischen Praxis dar. Sie sind natürlich in erster Linie auf lokale Veränderungen der Uterusschleimhaut zurückzuführen, können aber auch sekundär durch Erkrankungen der Adnexe wie sogar durch Allgemeinleiden hervorgerufen werden. Es ist vielleicht zweckmäßig dieselben folgendermaßen zu gruppieren:

---

*) Vgl. Pfannenstiel, Z. f. Gyn. 1890 und Virch. Arch. Bd. 127. von Franqué, Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. 40. Wilms, Mischgeschwülste etc. Leipzig 1900.

Blutungen durch primäre Erkrankung der Uterusschleimhaut: 1. gutartige Endometritis und Metritis, 2. Blutungen nach Aborten oder Geburten, 3. bei Myoma uteri, 4. maligne Erkrankungen: Karzinom, Sarkom, 5. Tuberkulosis uteri.

Blutungen durch Erkrankungen der Adnexe: 1. bei frischer wie abgelaufener Tubarschwangerschaft, 2. bei Pyosalpinx, 3. bei Erkrankungen der Ovarien, 4. bei Erkrankungen des Para- und Perimetrium.

Blutungen sekundärer Art bei Allgemeinerkrankungen: Herzfehler, Zirkulationsstörungen, Hämophilie u. a.

Dabei gilt mit Recht die Endometritis als der Typus der gynäkologischen Erkrankungen, das tägliche Brot des Gynäkologen kann man sagen, auch in der Klinik. So einseitig und wenig interessant dem Anfänger diese Erkrankung vielleicht erscheinen mag, so vielgestaltig ist doch andererseits das Bild der Erkrankung, wenn man der Ätiologie nachgeht. Selbstverständlich handelt es sich lediglich um die chronische Endometritis, die bei Blutungen in Betracht kommt; anatomisch ist das Bild recht verschieden, entweder eine besondere Beteiligung des Drüsenapparates (glanduläre Endometritis) oder das Vorwiegen der entzündlichen Infiltration im Zwischendrüsengewebe (interstitielle Endometritis) oder eine Mischform beider. Eine klinisch wie anatomisch besonders wichtige Form ist die sog. fungöse Endometritis (chronisch hyperplasierende Endometritis) sowie die Endometritis post abortum. Ich lehne mich dabei noch an die Ruge-Veit'sche Auffassung an, nicht an diejenige von Hitschmann und Adler,*) die die erste Form nur als eine prämenstruelle Schwellung der Schleimhaut ansehen.

Anm. Die chronisch hyperplastische Endometritis, mit Küstner besser als „Hyperplasie" zu bezeichnen, tritt anatomisch bekanntlich in ganz verschiedenen Formen auf. Entweder als glanduläre Endometritis (besser gesagt Hyperplasie) mit besonderer Bevorzugung des Drüsenapparates (sägeförmige, korkzieherartig geschlängelte und vermehrte Drüsen)

*) Vgl. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 60.

oder als interstitielle Endometritis (Zurücktreten des Drüsenapparates gegenüber dem infiltrierten und gewucherten interstitiellen Gewebe, auch von Hitschmann und Adler als echte Entzündung anerkannt), schließlich als typische Endometritis post abortum (Nachweis von Deziduazellen im interstitiellen Gewebe), als chronische entzündliche, partielle Hypertrophie (polypöse Form, z. B. in den Tubenecken oder in der Korpusschleimhaut überhaupt). Im Endstadium können die Drüsenausführungsgänge veröden und kystische Drüsenbildungen daraus resultieren. Bei manchen Fällen finden sich auch Gefäßwandveränderungen (Verdickung, Brüchigkeit, Atheromatose), wie Leopold nachwies. Chronisch entzündliche Endometritiden, die auf Infektion beruhen z. B. Gonorrhoe u. a. können auch eigentümliche Metaplasie des Oberflächenzylinder- in Plattenepithel zeigen. Mikroskopisch wichtig ist, daß im Gegensatz zu dem Karzinoma korporis dieDrüsen scharf begrenzt sind, nicht in das Zwischengewebe hineinwuchern, und die Einschichtigkeit gewahrt bleibt und das Zwischengewebe noch erhalten ist. Übergänge finden sich bei dem Adenom, insofern dieses nur einen graduellen Unterschied zur glandulären Endometritis darstellt. Mehrschichtigkeit des Epithels spricht für Adeno-Karzinom.*)

Auf weitere Einzelheiten im mikroskopischen Bilde soll hier nicht eingegangen werden. Jedenfalls können diese chronischen hyperplastischen Schleimhautprozesse, insbesondere die interstitielle Endometritis sehr beträchtliche Blutungen — sehr starke Periode, zu früh einsetzende und mehr weniger lange dauernde Periode — neben den bekannten anderen Erscheinungen (nervöse Symptome, Kopfschmerz, abnorme Sensationen im Becken, Mittelschmerz) und damit ein Krankheitsbild bedingen, das mitunter an die Geduld der Patientin wie des Arztes die aller-

*) Wer sich rasch über die histologischen Veränderungen im Bilde orientieren will, findet (außer den bekannten Lehrbüchern von Küstner, Hofmeier, Fritsch, Runge und Martin-Jung) eine vortreffliche Übersicht in Orthmann's Vademekum der hist.-patholog. Untersuchungen in der Gynäkologie (Berlin, Karger 1901), ebenso bei Amann, mikr.-gynäkol. Diagnostik (Wiesbaden, Bergmann 1897). — Vgl. auch Ruge-Veit, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 5. Olshausen, Archiv f. Gyn., Bd. VIII. In Löhleins Tagesfragen habe ich Heft 3, Tafel III und IV mikroskopische Bilder eines suspekten Falles gezeichnet, der sich später tatsächlich als Karzinoma korporis entpuppte, anfänglich aber nur als ausgesprochenes Adenom erschien.

größten Anforderungen stellt. Ganz besondere Bedeutung haben dabei die Blutungen in den Wechseljahren, um so mehr als bei Frauen neben der oben beschriebenen Indolenz, Gleichgiltigkeit aber auch eine unbeschreibliche Unklarheit über den normalen Verlauf der Periode vielfach zu finden ist. Irregularitäten der Menses nach dem 40. Jahre erfordern die größte Aufmerksamkeit des Arztes. Oft kann hier nur die genaueste mikroskopische Untersuchung der Schleimhaut Aufschluß geben über die wahre Ursache der Blutungen.

Die Symptome der Endometritis korporis sind nicht durch die Störung der menstruellen Blutungen allein bedingt, sondern auch durch solche anderer Art zum Teil durch das Grundleiden oder die Mitbeteiligung der Adnexe. So ist der Schmerz bei der Endometritis nicht immer auf die Schwellung der Uterusschleimhaut — sei es der Schmerz ante und inter menses (Dysmenorrhöe) sei es der Intermenstrualschmerz — und die Dehnung der Muskularis, sondern recht häufig auf ovarielle Einflüsse zu beziehen. Fluor, sog. „weißer Fluß" begleitet weniger die korporale als die zervikale Endometritis. Die schleimigzähe Hypersekretion ist für letztere, die seröse für erstere sehr charakteristisch. Daß sich allerhand nervöse Störungen — Kopfschmerz, Migräne, Magenbeschwerden, Übelkeit, ja Erbrechen gerade bei der mit Dysmenorrhöe einhergehenden Form zugesellen können, ist bekannt. Erwähnen möchte ich noch, daß die Endometritis ebensowohl bei gleichzeitiger Mitbeteiligung der Ovarien und Adnexe, als bei Erkrankungen des Uterus selbst (Deviationen, Tumoren, kongestive Hyperämie) sich ausbilden kann.

Von besonderer praktischer Bedeutung sind übrigens auch die virginellen Blutungen, zumal hier die Abtastung des Organs auf Schwierigkeiten stößt. Zu starke Periode (Menorrhagien) oder gar Metrorrhagien sind gar nicht selten bei jungen Mädchen im entwicklungsfähigen Alter. Mangelhafte Anlage des Uterus, schlechte Konstitution, Nervosität, nicht selten auch masturbatorische Überreizungen, wofür gerade die hypertrophierten und welken Labia minora fast charakteristisch, mindestens verdächtig sind, erklären zwar in vielen Fällen die Ursache der Blutung, in anderen ist aber hier schon eine Endometritis oder auch ein ovarieller Einfluß zur Erklärung heranzuziehen.

Blutungen im frühesten Kindesalter sind außerordentlich selten. Zu früh, vor der üblichen Zeit auftretende Periode (z. B. vor dem 10. Jahre) wird als Menstruatio präkox bezeichnet, entweder bei abnorm früh entwickelten Mädchen (vgl. den von Kußmaul*) mitgeteilten Fall von frühzeitiger Konzeption bei einem achtjährigen Mädchen) oder bei anatomischen Veränderungen seitens der Ovarien, z. B. Tumoren (Hegar, Hofmeier). Hofmeier operierte bei einem fünfjährigen Kinde ein kleinmannskopfgroßes Teratoma ovarii, das sehr intensive Wachstumsvorgänge zeigte und zu starken 2–4wöchentlichen Blutungen geführt hatte. Auch bei Rachitis, Hydrozephalus sollen bei Kindern Blutungen vorkommen. Im allgemeinen ist die Menstruatio präkox als eine schwere Affektion zu betrachten, da solche Mädchen später, wie Fritsch betont, oft hysterisch, ja sogar geisteskrank werden. Mitunter wird hartnäckige Onanie bei solchen Kindern festgestellt. Auch sei daran erinnert, daß gerade Sarkome des Ovarium (doppelseitig) bei Kindern vorkommen können. Interessante Kasuistik findet sich in Ploß, das Weib in Natur- und Völkerkunde.

Prognostisch erheblich günstiger sind die schon zu früh, d. h. zwischen dem 10.—13. Jahre auftretenden starken Periodenblutungen, wobei man nach Schlichting, Mayer, Krieger u. A. das 15. Jahr als Beginn der Periode annehmen kann. Solche Fälle sind nicht als M. präkox zu bezeichnen, sondern als verfrühte Periode, wobei der Körper noch nicht so völlig zur Entwicklung gelangt ist, um den Blutverlust ertragen zu können. Das sind die bekannten Fälle von Überanstrengungen junger Mädchen in der Schule, unhygienische Lebensweise, (schlechte Verdauung, schlechte Darm- und Urinentleerung! Genuß von Gewürzen, Kaffee, Alkoholizis, Essig!! der ja die „interessante bleiche" Farbe vermittelt). Nicht selten ist Chlorose die Folgeerscheinung, oder auch gerade als Kausa zu beschuldigen. Solcher Fälle sah ich eine ganze Reihe und bei ihnen, wie ich schon vorausschicken kann, was Einschränkung der Blutungen anlangt, ausgezeichnete prompte Erfolge von Styptizin, in Verbindung mit guten Ergotinpräparaten (Tinkt. Denzel, Sekakornin).

*) Vgl. Ploß, Das Weib, 1897. Ibidem Kußmaul. Hofmeier l. c. Hegar, Beitr. z. Geb. u. Gyn., Bd. 3.

Auch bei robusten, kräftig und rasch entwickelten Mädchen findet man auffallend starke und zugleich schmerzhafte Periodenblutungen, oft auch von recht langer Dauer. Bei solchen besteht keineswegs Chlorose. Durch Einflüsse aller Art (Masturbation, sexuelle Erregungen, geistige Überanstrengung, anhaltendes Sitzen) wird eine Kongestion zu den Genitalien hervorgerufen, die dann zu den langdauernden und unregelmäßigen Blutungen führt. Auch die Art der Beschäftigung kann zu solchen Kongestionen führen z. B. anhaltendes Maschinennähen, langes Stehen, Bügeln etc. Auf die Frage der Dysmenorrhöe will ich dabei hier nicht eingehen.

Nicht immer ist es etwa die Endometritis als solche, richtiger gesagt die Hyperplasie der Schleimhaut, die zu menstruellen Blutungen führt. Die gleichzeitige Veränderung der Uteruswandung, des Myometriums spielt keineswegs eine untergeordnete Rolle. In diesem Zusammenhang ist die sog. chronische Metritis (chronischer Infarkt), z. B. nach schlecht abgewarteten Wochenbetten und Fehlgeburten (!) in erster Linie zu erwähnen. Sie ist ausgezeichnet durch die Vergrößerung und Schwellung des Organs, Abnahme der Muskelfasern, Zunahme des Bindegewebes und Erweiterung der zuführenden Gefäße. Nicht selten finden sich perimetritische Reizungen dabei, also Schmerzen zugleich. Aber auch bei jungen Mädchen ist mitunter das Myometrium verändert, nicht genügend kontraktionsfähig, manchmal geradezu atrophisch, wie Theilhaber nachgewiesen hat. Ich will vorausschicken, daß dies meist die Fälle sind, bei denen man sich gar nicht zu wundern braucht, daß Sekale als Hämostyptikum versagt, wo nicht genügend Muskularis vorhanden ist.

Auch chronische Zirkulationsstörungen im Becken, besonders im Anschluß an Lageveränderungen (Retrodeviation, Prolapsus uteri cum elongatione colli), unter Umständen auch arteriosklerotische Veränderungen können zu Blutungen Anlaß geben. Dahin

gehören auch die Fälle von chronischer Verdickung des Uterus durch übermäßigen Gebrauch konzeptionsbehindernder Mittel, sowohl des Koitus interruptus als auch der Gebrauch von Sicherheitspessarien und Prohibitivspülungen post koitum. Es ist ja leicht erklärlich, daß gerade dabei eine Hyperämie des Uterus und seiner Umgebung, ähnlich derjenigen infolge masturbatorischer Manipulationen eintreten muß, der aber die entsprechende physiologische Erschlaffung eben nicht folgt. Das gleiche ist bei Impotentia virilis zu beobachten.

Unter den mehr palpablen, sozusagen greifbaren Veränderungen des Uterus steht als Ursache der Uterusblutungen das Myoma uteri obenan, insbesondere das submuköse Myom. Erwähnt habe ich schon das gestielte polypöse submuköse Myom, welches mitunter bis zu der Zervix geboren wird. Das klinische Bild des Myoms wird ja von vornherein beherrscht durch die Blutung, verschieden je nach Sitz, Größe des Myoms, indes nicht immer in dem Sinn, als ob die großen Myome mehr bluten als die kleinen; im Gegenteil, gerade die kleinen Myome geben nicht selten zu viel erheblicheren Blutungen Anlaß. Treten die Menses anfangs in Form verstärkter und prolongierter Blutungen auf, ähnlich denjenigen bei fungöser Endometritis, so werden allmählich die Pausen kürzer, also anteponierende Menses folgen, meist bedingt durch Myome, die intramural sitzen, aber nach der Höhle sich vorwölben und eine unregelmäßige Gestaltung derselben zur Folge haben. Schließlich können sich submuköse Myome sogar in die Uterushöhle so vorwölben, daß sie wie ein Korpus alienum dieselbe ausfüllen; ich sah bei einer 47jährigen Virgo ein Myom als vollkommen freies, losgelöstes Korpus liberum als Ursache sehr beträchtlicher Blutungen. Der Ausstoßungsprozeß dieser submukösen Myome kann sich über sehr lange Zeit hinziehen, bis schließlich eines Tages unaufhörliche Blutungen, nicht selten von Wehenschmerz begleitet das Bild klären, und zur Radikaloperation Anlaß geben. Auch kann sich durch feuchte Gangrän des bis unterhalb des inneren

Muttermundes tiefer tretenden Tumors jauchiger Ausfluß dazu gesellen und das Bild des jauchigen Karzinoms oder Sarkoms vortäuschen. Der Eintritt des Klimakteriums wird sehr oft bei Myom verzögert, d. h. hinausgeschoben, so daß Frauen Mitte oder gar Ende der 50er Jahre noch menstruieren. Sekundäre Anämien, nicht selten hierdurch bedingte Herzveränderungen komplizieren noch das Krankheitsbild erheblich.

Der Einfluß langdauernder Blutungen auf das Allgemeinbefinden, insbesondere auf sekundäre Herzveränderungen (fettige Degeneration u. a.) ist ja zur Genüge bekannt. Das Allgemeinbefinden muß bei Blutungen gehörig berücksichtigt werden, zumal dieser Umstand wiederum für die Therapie maßgebend ist. Die Blutuntersuchung bildet daher in der Gynäkologie ein unerläßliches diagnostisches Hilfsmittel und sollte in jedem Lehrbuche als besonderer Abschnitt abgehandelt werden. Leider enthalten die Lehrbücher hierüber nichts oder wenig; daher sei im folgenden auf daß Ergebnis einiger neueren Untersuchungen hingewiesen. Nach Leisewitz betragen die Durchschnittswerte für die Blutbeschaffenheit bei gesunden Frauen: 90—100 Proz. Hämoglobin, 4 Millionen rote Blutkörperchen, 8000 weiße Blutkörperchen. Ein Hämoglobingehalt von 80 Proz. und mehr kann also als normal gelten, ein solcher von 80—55 Proz. als herabgesetzt, ein solcher unter 55 Proz. als stark unter der Norm. Nicht nur die Blutungen, sondern auch die Stoffwechselprodukte können schädlich auf den Organismus, speziell auch auf den Hämoglobingehalt wirken, daher Herabsetzung auch in Fällen ohne erhebliche Blutungen. Die Steigerung der Leukozyten ist in der Regel als post hämorrhagische Leukozytose aufzufassen. Der Hämoglobingehalt ist für die Entschließung zu einer Operation immerhin maßgebend; ein Hämoglobingehalt unter 30 Proz. gefährdet jedenfalls die Narkose wie die Operation. Geringer Hämoglobingehalt und geringe Leukozytenzahl sind prognostisch ungünstig für den Ausgang einer Operation. Aber schließlich entscheidet nicht die Zahl der Leukozyten allein, sondern auch die Art in Bezug auf die Kernbeschaffenheit, z. B. sind polynukleäre Formen prognostisch günstig. Aulhorn hat in der Festschrift für v. Winckel seine interessanten Untersuchungen niedergelegt und fand u. a. daß bei 87 Myomfällen der Hämoglobingehalt zwischen 25 und 100 Proz. schwankte, in 47 Proz. der Fälle war er normal (um 80 Proz. und mehr), in 8 Proz. der Fälle aber bedeutend herabgesetzt (unter 50 Proz.). Bei einem Hämoglobingehalt unter 30 Proz. ist die Prognose ungünstig. Es sind jedenfalls zur Entscheidung dieser Fragen, insbesondere in Bezug auf die Indikation zu größeren Eingriffen, wobei auch die Indikation zur „Röntgenbehandlung" eine

Rolle spielen dürfte, noch weitere Blutuntersuchungen in der Gynäkologie notwendig.*)

Das Korpuskarzinom tritt makroskopisch entweder in Form einer diffusen flächenhaften Neubildung auf (Adenokarzinom) oder mehr weniger polypös in die Höhle vorspringend, mit Rarefizierung der Uteruswandung; ich operierte einen Fall, in dem die Muskularis uteri aus einer papierdünnen Schale bestand; in anderen Fällen kann das Karzinom sogar die Wand durchbrechen, sogar in bereits verklebte Organe. Umgekehrt findet man Uteri mit bindegewebiger Verdickung der Wand oder starker kleinzelliger Infiltration derselben, dadurch diffuse Vergrößerung des Organs bis auf Faustgröße. Wie bei dem Zervixkarzinom kann auch hier die Höhle verlegt sein und sich Hämatometra oder Pyometra entwickeln. Das Korpuskarzinom bleibt lange Zeit auf den Uterus beschränkt, und macht spät Metastasen. Durch die mitunter wehenartige Schmerzen wird es indessen früher diagnostiziert als die anderen Formen des Karzinoms. Außerdem spielt eine Rolle, daß es höheres Alter bevorzugt, i. D. das 45. –70. Jahr, und durch die postklimakterischen Blutungen die Aufmerksamkeit auf es gelenkt wird.

Auf die Frage, ob es möglich ist von diesem noch das Adenoma malignum zu unterscheiden, will ich nicht eingehen. Die pathologische Anatomie leugnet bekanntlich das Vorkommen eines solchen.

Dagegen darf die Annahme eines Adenoma benignum nicht so ganz von der Hand gewiesen werden. Einen äußerst charakteristischen, in jeder Beziehung lehrreichen Fall operierte ich vor zwei Jahren: 69jähriges Fräulein, mit schwerer Arteriosklerose, Virgo, hat seit Monaten Blutungen und Abgang von auffallend dicken, schleimigen Brökeln. Sie konsultierte eine Frauenärztin, die ihr riet, „gesundheitsgemäß zu leben, Rad zu fahren", im übrigen eine Diagnose aber nicht stellte. Die sehr hinfällige Pat. sah ich einige Wochen später und konnte folgenden Befund erheben: Hymen fast vollständig geschlossen, es besteht Hämatokolpos, dabei vermischt mit dicken Schleimmassen — im Muttermund fühlt man

*) Vgl. dazu u. a. Leisewitz, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 56. Aulhorn, Festschrift für v. Winckel, herausgegeben von Klein, (München 1907, Verlag Lehmann) u. v. Winckel, Allgemeine Gynäkologie 1909, (Wiesbaden J. F. Bergmann.)

desgleichen Schleimbröckel; der Uterus ist auf Doppelfaustgröße ausgedehnt, reicht mit dem Fundus bis zur Mitte zwischen Symphyse und Nabel. Bei der ausgesprochen Arteriosklerose, einem außerordentlich starken Meteorismus mit Adipositas summa wagte ich die abdominelle Totalexstirpation nicht und machte zunächst den Uterus von unten zugänglich durch Hysterotomia anterior; nach Zurückschieben der Blase schnitt ich den Uterus bis 2 cm oberhalb der inneren Mitte auf, dabei konnte ich ein Schleimhaut-Konvolut von Faustdicke mit einer großen stumpfen Abortzange ausräumen. Naht, glatte Heilung. Pat. ist seitdem völlig gesund. Der Uterus hat sich gut involviert. Mikroskopisch fand sich das typische Bild eines enorm entwickelten Adenoma uteri, wohl einzigartig in dieser Form. Fritsch erwähnt in seinem Lehrbuch ähnliche Fälle.

Das Sarkom des Uterus ist bekanntlich erheblich seltener als das Karzinom. Nach Geßner beträgt das Verhältnis von Karzinom zu Sarkom etwa 40 : 1. Einen Fall von Portiosarkom, das gegenüber dem Korpussarkom (im umgekehrten Sinne wie bei dem Karzinom) seltener vorkommt, beschrieb ich oben. Im Korpus kann es von dem Bindegewebe der Schleimhaut wie des Myometriums, oder wie ich es in einem eklatanten Fall beschrieben habe, auf Grund eines schon vorhandenen Fibromyoms entstehen.*) Das Schleimhautsarkom des Korpus scheint wieder seltener als das Wand- oder Fibrosarkom zu sein. Das erstere tritt diffus oder polypös auf; sarkomatöse Polypen können ähnlich den polypös gestielten Korpusmyomen spontan geboren werden. In der Zervix kommt häufiger das Schleimhautsarkom vor, und zwar in der traubenförmigen oder polypösen Form. Das erste Symptom ist auch hier wässeriger Ausfluß und Blutung! Gerade der erstere ist bei Sarkom sehr reichlich, bei vorgeschrittenen Fällen auch übelriechend. Diese profuse Sekretion ist sozusagen pathognomonisch für Sarkom im Gegensatz zu dem Karzinom. Die Diagnose ist natürlich nur durch sorgfälte Untersuchung der ausgeschabten Massen zu stellen, vielfach aber erst aus der Untersuchung des Organs selbst. Diagnostisch wichtig sind die in der postklimakterischen Zeit auftretenden Blutungen; Schmerzen treten erst auf, wenn der Uterus bestrebt ist, das Sarkom auszustoßen,

*) Walther, Zeitschr. f. prakt. Ärzte, 1897, Nr. 2.

sie sind wehenartig. Aber auch im kindlichen Alter kommen schon Sarkome vor, schon vor der Pubertät. Blutungen und reichlicher blutig seröser auch schleimiger Ausfluß sind fast charakteristisch. Auch Sarkome der Scheide sind bei Kindern*) beschrieben; sie verursachen relativ spät Blutungen, mit Zerfall und Eiterung, und können polypenartig nach der Blase hin wuchern. Ihr Lieblingssitz ist die vordere Wand. Das Sarkom der Uteruswand (Wandsarkom, fibroides Sarkom) ist meist an die Anwesenheit eines Fibromyoms geknüpft, selten als Sarkom primär sich entwickelnd. Unter den Symptomen sind auch hier die Meno- und Metrorrhagien zu erwähnen, neben dem starken Ausfluß (jauchiger nur bei Zerfall) — leicht wehenartige Schmerzen im Kreuze, dabei die gleichen Erscheinungen wie bei dem interstitiellen Myom oder den fibrösen Polypen.

Daß Myome sarkomatös degenerieren können, ist zugegeben (nach Hofmeier**) in 3—4 Proz. der Fälle). Rasches Wachstum des Tumors, mitunter Aszites, Wiederkehr von Blutungen, mit blutig serösen Ausfluß, sind verdächtig dafür. Im Übrigen zeichnet sich gerade das Sarkom durch außerordentlich raschen Verlauf aus (nach Geßner schon nach 2 Jahren meist Exitus).

Das Chorionepitheliom (früher Deziduom, richtiger Synzytioma malignum genannt) ist eine ganz eigenartige Neubildung, die auf der Korpusschleimhaut sich entwickelt, aber rasch die Uterussubstanz durchwächst, oft hämorrhagischen Charakter hat. Die Knollen sehen bläulich rot aus, wie eine Blutorange im Durchschnitt. Sie entstehen ausnahmslos im Anschluß an Schwangerschaft häufig nach Blasenmole, enthalten daher Bestandteile des Eies und Synzytiumzellen und Zellen der Langhansschen Schicht (Ektoderm) und zeichnen sich durch bedeutende ausgesprochene Malignität aus. Blutungen mit Abgängen von nekrotischen Fetzen, oft ziegelroten

*) Vgl. Bluhm, Arch. f. Gyn., Bd. 68.

**) Hofmeier, Lehrbuch der Gyn., S. 362. und Geßner, in Veits Handbuch der Gynäkologie.

dunklem Blut, also Geschwulstpartikeln sind charakteristisch. Die rasche Verbreitung gerade auf dem Blutwege (z. B. Metastasen in den Lungen, in der Scheide, dem Peritoneum) ist gerade dieser Geschwulstbildung eigentümlich. Frauen, die eine Blasenmole überstanden haben, sollten noch längere Zeit auf den Ablauf der Periode beobachtet werden, zumal nachgewiesen ist (Marchand*), daß die Blasenmole die Entstehung der beschriebenen Geschwulst begünstigt. Das Chorionepitheliom macht fast stets Metastasen in der Vagina in Form von bläulichen Knoten. Aber auch isoliertes Chorionepitheliom der Scheide ist beschrieben, das die gleiche Malignität besitzt wie die uterine Form. Auch hier treten frühzeitig Blutungen auf bei raschem Wachstum, des in der Schleimhaut gefundenen Tumors, nicht selten auch mit entfernten Metastasen (z. B. Leber, Lunge).

Wie an der Portio, kann sich auch in der Korpusschleimhaut die Tuberkulose lokalisieren, welche Form eigentlich häufiger vorkommt gegenüber der Zervixtuberkulose. Auch sie verursacht Blutungen und mitunter starken schleimigen, auch eitrigen Katarrh. Gewöhnlich, wenn auch nicht immer, ist sie mit Tubentuberkulose kombiniert. Gerade bei alten Frauen in der Menopause ist sie beobachtet, vielleicht gar nicht so selten, als man früher annahm, wie Untersuchungen von Vassmer u. A. ergeben haben. Anatomisch unterscheidet man die miliare Form, d. h. disseminierte Knötchenbildung mit Ulzeration auf der ganzen Schleimhaut, und die chronisch diffuse käsige Form, d. h. Bildung von käsigem Material und Durchsetzung der Wand von Tuberkelknoten. Beide Fälle können mit Pyometra einhergehen. Einen eigentümlichen Fall von Pyometra senilis mit Blutungen sah ich vor zehn Jahren:

*) Vgl. Marchand, Mtsschr. f. Geb. u. G., Bd. I., Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 32 u. 39. Sänger, Arch. f. Gyn., Bd. 44. Eiermann, der gegenwärtige Stand der Lehre vom Dezid. mal. [Marhold, Halle 1897]. von Franqué, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 34 u. 39.

Die 50jährige Pat. wird mir vom Arzte wegen Karzinomverdacht zugeführt — es wird sogar angenommen, daß, zumal eine sehr beträchtliche Vergrößerung der Leber bestand, es sich um eine Metastase handle. Ich machte Uterusspülung, bei der sich bereits eine außergewöhnliche Menge Eiter ergoß mit Schleimhautpartikeln; der Uterus involvierte sich ausgezeichnet. Die mikroskopische Untersuchung ergab das zweifellose Bild der Uterustuberkulose. Fieber, ebenso Leberschwellung gingen zurück, auffallend rasche Erholung, so daß die von mir vorgeschlagene Totalexstirpation abgelehnt wurde. Pat. ist jetzt nach zehn Jahren noch vollkommen gesund! Immerhin hat hier der Zufall eine Rolle gespielt, auch soll die hier eingeschlagene Therapie nicht maßgebend sein, zumal man neuerdings mit Recht auf das kombinierte Vorkommen von Tuberkulose und Krebs hingewiesen hat, also die Radikaloperation in solchen Fällen, wie bei den malignen Neubildungen doch angezeigt erscheint.

Unter den Erkrankungen, welche sekundär zur Schwellung der Uterusschleimhaut und damit zu Blutungen führen, erwähne ich in erster Linie die Adnexerkrankungen, sowohl die akuten als auch die chronischen und in diesem Zusammenhange, obwohl zur Geburtshilfe gehörig, die Tubarschwangerschaft, den Haupttypus der ektopischen Schwangerschaft. Bekannt ist, daß bei der akuten Gonorrhöe sowie akutem Pyosalpinx unter dem Einfluß der entzündlichen Schwellung auch die Uterusschleimhaut zu Blutungen neigt. Welch Unheil aber gerade hier ein Eingriff, wie Ätzung oder gar Ausschabung anrichten kann, brauche ich nur anzudeuten! Das gleiche habe ich ja bezüglich der Tubarschwangerschaft oben an zwei Fällen bewiesen, die oft unter dem Bilde des „Tubarabortes“ (richtiger gesagt innerer Fruchtkapselaufbruch, Bildung einer Tubenblutmole) mit den typischen wehen- und kolikartigen seitlichen Schmerzen und langdauernden uterinen Blutabgängen den unerfahrenen Arzt zu einem Eingriff verleitet! Werden hier wie dort die Adnexe bei Blutungen nicht gehörig abgetastet und wird eine diesbezügliche Adnex-Intumeszenz übersehen, so ist natürlich bei einer Ausschabung, ja auch Sondierung, Ätzung u. a. Manupilationen, die Katastrophe unausbleiblich — im ersten Falle tötliche eitrige Peritonitis, im zweiten Falle tödliche innere Blutung oder lang-

dauernde Hämatokelenbildung! Aber auch bei chronischer Saktosalpinx, d. h. Tubensäcken mit eitrigem oder dünnflüssigem Inhalt können Blutungen auftreten, bezüglich deren Bekämpfung man aus den gleichen Gründen mit operativen Maßnahmen vorsichtig sein muß.

Trägt man die Stärke der Blutungen bei der Periode und außerhalb derselben in die Kaltenbach'sche Blutkurven ein, so gewinnt man ein sehr anschauliches Bild der Erkrankung. Ich empfehle für alle Fälle von atypischen Blutungen die Eintragung in die Blutkurven. Ein Beispiel dazu vgl. Küstner, Lehrbuch der Gyn., Fig. 239.

Wenn auch allgemein behauptet wird, daß die Ovarien viel seltener die Ursache zu langdauernden Blutungen abgeben, so ist doch nicht zu verkennen, daß in einer ganzen Reihe von Fällen die Untersuchung des Endometriums gar keinen Anhaltspunkt gewährt und wir auf Veränderungen oder vielleicht inner-sekretorische Einflüsse der Ovarien als Ursache der Blutungen angewiesen sind. Diesbezügliche Veränderungen sind von Bulius und Kretschmar beschrieben, welche sie als Angiodystrophia bezeichnen. Für gewisse Fälle zu juveniler Blutungen können solche also in Betracht kommen. Immerhin muß man in der Deutung von Ovarialbefunden vorsichtig sein, worauf Pankow mit Recht hinwies.*) Sind die Ovarien die Ursache, dann sind es oft mehr funktionelle als anatomische Störungen, die die Blutungen veranlassen; Ovarialtumoren veranlassen seltener Uterusblutungen, in der Regel nur dann, wenn sie doppelseitig entwickelt sind; hier sind es wiederum die malignen Tumoren, welche sekundär Uterusblutungen veranlassen. Bekannt ist, daß unter dem Einfluß der Tumoren bei kleinen Kindern Blutungen auftreten. Hofmeier erwähnt in seinem Lehrbuch einen Fall, in dem er bei einem fünfjährigen Kinde Blutungen sah, die nach Entfernung des Tumors aufhörten. Chronisch entzündliche Veränderungen können zwar auch langdauernde, hauptsächlich aber unregelmäßige Perioden nach sich ziehen, öfter aber in dem Sinn, daß die Menses zu

*) Vgl. auch Adachi, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 35/3.

spät, in zu großen Pausen und dazu sehr schmerzhaft auftreten.*)

Schließlich ist auch die Perimetritis akuta unter den entzündlichen Erkrankungen als Ursache von Blutungen zu nennen. Ist das Peritoneum schon längere Zeit erkrankt und Aszites vorhanden, so wird ja meistens die Peritonealtuberkulose ihm zu Grunde liegen; fast in der Hälfte der Fälle findet man hierbei Uterusblutungen, bedingt durch gleichzeitige Uterustuberkulose, von der oben ja die Rede war.

Parametrische Erkrankungen sind erheblich seltener die Ursache von Blutungen ex utero und dürften bei dieser Betrachtung also ausscheiden; man sieht umgekehrt nach chronischer Parametritis mit Exsudat unangenehme dysmenorrhoische Zustände mit langen menstruellen Pausen.

Es muß noch kurz derjenigen Allgemeinerkrankungen gedacht werden, bei denen starke Periodenblutungen auftreten können: unter den akuten sind es in erster Linie die akuten Infektionskrankheiten, bei denen z. B. in der Schwangerschaft heftige Abortblutungen beobachtet sind, d. h. bei der Cholera, bei Typhus durch gleichzeitige Endometritis hämorrhagika, so auch hier; nach Scharlach, Influenza, Typhus sah ich heftige Menstrualblutungen. Slaviansky wies zuerst auf diese Form der Endometritis bei der Cholera hin, Massin auf solche bei Typhus, Recurrens, Pneumonie, Dysenterie, Biermer auf solche bei Influenza. Andere sahen solche bei Masern, Gelenkrheumatismus. Fritsch erwähnt in seinem Lehrbuch, daß ein 15jähriges Mädchen an einer Blutung bei Scharlachfieber starb. Hyperämie mit starken Apoplexien in die Schleimhaut und Blutungen nach außen begleiten dabei das allgemeine Krankheitsbild.

Mehr bekannt ist der Einfluß derjenigen chronischen Erkrankungen bei denen es zu einer Stauung im Gefäßsystem kommt: Herzfehler mit Kompensa-

*) Vgl. Pankow, Mtsch. f. Geb. u. Gyn., Bd. 33/3. Henkel, Münch. med. Woch., 1911, No. 7 und Zeitschr. f. Gyn. u. Geb., Bd. 65/2. Theilhaber, Münch. med. Woch., 1911, No. 50.

tionsstörung, Lungen-Leiden, Erkrankungen im Gebiete der Vena portarum, z. B. Leberanschoppung, abdominelle Plethora, Ikterus bei Gallensteinen, Lebertumoren, Schnürleber (Korsett!!), und schließlich auch der Morbus makulosis Werlhofii und die Hämophilie. Gerade bei letzteren ist die Blutstillung oft enorm schwer, ja fast unmöglich. Verblutungstodesfälle sind beobachtet.

Überschaut man die Blutungen — Menorrhagien (zu reichliche Periodenblutungen) wie die Metrorrhagien (unregelmäßige atypische Blutungen aus der Gebärmutter überhaupt) in Bezug auf ihre Ätiologie, so könnte man je nach dem Alter zweckmäßig unterscheiden: Blutungen bei jungen Mädchen, Blutungen im Zeitalter der Geschlechtsreife, klimakterische Blutungen. Den Einfluß der Geburt, der Fehlgeburt auf die Menorrhagien und Metrorrhagien will ich hier nicht erörtern, obwohl eine große Anzahl der Fälle von Uterusblutungen (mehr als $^1/_3$ aller Fälle) auf diese Ätiologie zurückzuführen sind. Daß Metrorrhagien an sich krankhafte Blutungen sind, die zu einer exakten Untersuchung und Behandlung auffordern, liegt auf der Hand. Indes ist der Begriff Menorrhagien ein dehnbarer. Hier kann nur entscheiden der Einfluß der menstruellen Blutung auf das Allgemeinbefinden, sowie die Dauer der Blutung. Acht Tage Dauer dürfte als das zulässige Maximum der Dauer gelten; ebenso erheischt ein zu häufiges Eintreten der Periode (z. B. alle drei Wochen sog. anteponierende Menses) eine eingehende Untersuchung. Dazu kommen noch Blutuntersuchungen, die über den Einfluß des Blutverlustes Aufschluß geben, welche, wie ich oben erläuterte, häufiger ausgeführt werden müßten.

Eine exakte Diagnose ist natürlich die Grundlage für eine rationelle Behandlung der Blutungen, mithin am wichtigsten der objektive Untersuchungsbefund. Immerhin sind die subjektiven Angaben nicht ganz belanglos, obwohl sie gegenüber den objektiv gefundenen Tatsachen weit zurücktreten. Für Fälle von abgelaufener Tubarschwangerschaft sind Angaben

über den Verlauf der Menses mitunter recht wertvoll, gerade das einmalige Ausbleiben nicht nur bei Erstgeschwängerten, sondern bei solchen Frauen, die längere Jahre nach der ersten Geburt steril geblieben waren. Für die Diagnose als solche ist die Art der Blutung von Wichtigkeit: während im großen ganzen bei gesunder Periode das Blut dünnflüssig ist, mehr dunkel- oder karmoisinrot, im wesentlichen ohne Gerinnselbildung, die vielleicht (?) durch das saure vaginale Sekret verhindert wird, ist bei Verletzungen das Blut frisch-hellrot, meist arterielles, bei Platzen eines Varix dunkles venöses Blut. Frisch geronnenes Blut in Klumpen findet sich, wie aus der Geburtshilfe bekannt, nach Aborten, Plazentarpolypen wie bei Blutungen im Früh- und Spätwochenbett. Indes kann diese Art Blutung auch bei malignen Tumoren (Karzinom!), sowie bei submukösen Myomen vorkommen. Schwarze Gerinnselbildung und Abgang von Stücken bei den Perioden kommen dadurch zustande, daß entweder in der Scheide eine Blutverhaltung stattgefunden hat (z. B. bei wenig geöffnetem Hymen, unvollkommener Atresie) oder — was entschieden häufiger — dadurch daß in einer großen schlaffen, meist unregelmäßigen Uterushöhle (Uterus bikornis, submuköses z. T. noch intramurales Myom) sich Blut angesammelt hat. Schmutzig braunes, mehr schokoladenfarbenes Blut ist verdächtig für Tubarschwangerschaft sowohl bei frischer wie veralteter (Tubenhämatom, Tubenabort). Bei Hämatometra infolge von unvollkommener Atresie des Muttermundes ist das Blut dicklich, syrupähnlich. Gewebsstücke, besonders jauchige kommen sowohl bei verjauchtem submukösen, in partu begriffenem Myom vor, als auch in Form von Bröckel, bei Karzinoma wie Sarkoma uteri. Blutig seröser, fleischwasserähnlicher Ausfluß, bedingt durch den Gehalt an Schleim und seröser Flüssigkeit, die den Kapillaren der Schleimhaut entstammt, wird von jeher für maligne Neubildungen als charakteristisch beschrieben. Von besonderer Bedeutung sind die Blutungen sub coitu, z. B. verdächtig auf Karzinoma portionis, aber auch auf Polypenbildung.

Bezüglich der Diagnose muß ich noch auf einen Punkt hinweisen, der mir in der Praxis aufgefallen ist: nämlich die bei vielen Frauen, mitunter auch bei Ärzten verbreitete Anschauung, daß bei blutenden Frauen eine Untersuchung nicht möglich sei. Selbstverständlich vermeiden wir Untersuchungen bei der Periode; aber bei krankhaften irregulären Blutungen ist eine Untersuchung nicht nur gestattet, sondern sehr notwendig, ja nicht zu umgehen. Ich sah in diesem Jahre folgende typische Fälle dieser Art: 50jährige Frau, die schon seit nahezu $^1/_2$ Jahr mehr weniger blutete. Der Arzt schreibt mir „wegen der Blutungen habe er eine eingehende Untersuchung nicht gewagt"; bei der sehr ausgebluteten Frau finde ich ein submuköses Myom, nach dessen Entfernung vollkommene Heilung eintrat. Einen gleichen Fall mußte ich vor 14 Tagen operieren: 46jährige Patientin, sehr anämisch, blutete seit über acht Wochen; eine Untersuchung hat nie stattgefunden mit Rücksicht auf die Blutung! Die Operation ergab polypöse, fungöse Endometritis. — Ist hier die Unterlassung einer digitalen Untersuchung, wie einer solchen durch das Spekulum eine Nachlässigkeit, so ist sie geradezu eine Fahrlässigkeit bei den auf Karzinom verdächtigen Fällen! Ich möchte daher jedem Kollegen doch raten, bei irregulären Blutungen nicht etwa ein beliebiges „Pulver" zu verschreiben, ohne Untersuchung, was ich auch mehrmals erlebte, sondern bei peinlicher subjektiver Desinfektion eine eingehende digitale Untersuchung und solche durch das Spekulum vorzunehmen; ja in einigen Fällen ist die Entnahme eines kleinen Stückchens mittels Kurette oder einer kleinen Exzision zur mikroskopischen Untersuchung unerläßlich!

Die mikroskopische Untersuchung der in Formol und Alkohol (nach einem neuen Verfahren auch in Azeton) fixierten und in Zelloidin oder Paraffin eingebetteten Schleimhautmassen kann der Praktiker zwar selbst ausführen, falls er die Technik — natürlich auch die notwendige Zeit und die Apparate dazu besitzt. Meist ist es bequemer und diagnostisch sicherer, die Stücke, die gut fixiert sein müssen, einem pathologischen Institute zu übersenden. Auf die Differenzialdiagnose zwischen chronischer Endometritis und Karzinom

kann hier nicht näher eingegangen werden. Ich habe sie oben kurz angedeutet.*)

Die genaue Untersuchung — bimanuelle Abtastung des Uterus und der Adnexe und Spekulierung ist einzig und allein die Grundlage zu einer rationellen Therapie, natürlich unter möglichster Berücksichtigung des Allgemeinstatus. Die Untersuchung mit der Sonde gibt an sich wenig Aufschluß und sollte auf das äußerste beschränkt werden. Zweifellos wird mit der Sondierung in der Sprechstunde mehr geschadet als genützt und recht häufig infiziert. Ich sah in einem Falle von unregelmäßigen leichten Blutungen eine schwere Infektion durch die Sondierung seitens eines Arztes bei dessen eigener Frau. Er hatte die genaue kombinierte Untersuchung unterlassen und bei der Sondierung erst gemerkt, daß es sich um Retroflexio uteri gravidi II/III mens. handelte; Schüttelfrost, hohes Fieber folgten; die sofortige Ausräumung rettete die Frau. Die Sondierung ist sozusagen, nach meiner Auffassung, der erste Schritt zur Dilatation. Ich persönlich brauche die Sonde zu Untersuchungen in der Sprechstunde niemals, da ich die bimanuelle Abtastung bevorzuge. Immerhin kann und muß sie in manchen Fällen angewendet werden und kann besser als der Finger polypöse Vorsprünge oder die typische fungöse Endometritis, auch Myome feststellen. Peinlichste Asepsis ist hier natürlich angezeigt!

Wenn auch in den meisten Fällen die Kausa morbi hier eine mehr weniger lokale Veränderung ist,

*) Anm. Sollen die kurettierten oder exzidierten Stückchen auch ein brauchbares mikroskopisches Ergebnis liefern, so ist erstes Erfordernis: gute Fixation. Leider erhält man nicht selten solche in Brennspiritus oder gar Wasser aufbewahrt; solche Stückchen färben sich nicht mehr, zumal wenn sie verfault sind. Die beste Fixation und bequemste ist diejenige in einer 3—4 prozentigen wässerigen Formalinlösung, die sich jeder Praktiker vorrätig halten kann. Die Stücke können beliebig lange darin bleiben und färben sich, wenn sie vorher tüchtig entwässert sind, sehr gut. Formalin härtet dazu die Gewebe sehr gut, so daß ein kurzes Nachhärten in Alkohol zur Vorbereitung für die mikroskopische Untersuchung genügt (vergl. Frauenarzt 1911, S. 383).

so darf doch der Zusammenhang mit Allgemeinleiden nicht außer acht gelassen werden. Man würde sich sonst einer strafbaren Einseitigkeit schuldig machen. Gerade für den Praktiker, der im wesentlichen doch nur nichtoperative Gynäkologie treibt, spielt die Palliativbehandlung und die Allgemeintherapie eine nicht zu unterschätzende Rolle. Ich würde daher bei Übernahme eines Falles von Blutungen folgendes Schema zur Beachtung empfehlen:

1. Wie ist der Allgemeinstatus? Kann durch eine Allgemeinbehandlung der Blutung gesteuert werden?

2. Welche Medikamente kommen als Hämostyptika in betracht?

3. Ist eine lokale Behandlung indiziert oder sogar kontraindiziert?

4. Ist ein operativer Eingriff berechtigt, bezw. kontraindiziert?

5. Ist der Fall später oder sofort an einem Spezialarzt, bezw. an ein Krankenhaus zu verweisen?

Die Allgemeinbehandlung verspricht bei recht vielen Fällen von leichten Blutungen, besonders Menorrhagien, gute Erfolge, vorausgesetzt, daß die Untersuchung nicht eine sofort zu beseitigende Ursache (z. B. Polypen, Verletzung) ergibt. Dieses gilt in erster Linie für Blutungen junger Mädchen (virginelle Blutungen), bei denen der Zusammenhang mit Chlorose vorhanden sein kann. Vielfach sind es aber ganz andere, viel näher liegende Ursachen, die beseitigt werden müßten: geistige Überanstrengung, (in der Schule, im Pensionate, im Institute), unhygienische Lebensweise, auch Masturbation, auf die Fritsch, neuerdings auch Veit aufmerksam gemacht haben. Welke, schlaffe, hypertrophische, kleine Labien sind, wie oben erwähnt, geradezu pathognomonisch für diese letztgenannten Ursachen.

Es scheint mir besonders beachtenswert, daß gerade bei virginellen Blutungen der Arzt gefragt wird und die bekannte Prüderie bekämpft wird. Leider hat man gerade damit recht oft zu kämpfen oder an

der mangelnden Einsicht der Schule. Nicht selten haben wir aber gerade solche Patientinnen später als Frauen zu behandeln, da sie in der Schwangerschaft unter Erscheinungen von Blutarmut leiden oder im Wochenbett nur kurze Zeit das Kind stillen können. Bei den meisten Fällen konnte ich feststellen, daß dieselben als Mädchen von langdauernden Blutungen, der „Bleichsucht", einem gerade recht unpassenden Namen für diese Affektion, gelitten haben. Eisenpräparate werden in unendlichen Quantitäten ganz nutzlos verschrieben, vielfach gerade ein Zirkulus vitiosus, da man nicht selten die Blutungen noch verstärkt auftreten sieht. Das Gleiche beobachtete ich nach Arsenpräparaten, gerade nach Levicowasser, während ich bei Nukleogentabletten mit sehr gutem Erfolge eine Beeinflussung der Blutungen sah, in ausgewählten Fällen auch nach Ovaradentabletten, oder Ovaradentriferrintabletten.*) Besonders für Fälle von mangelhafter Anlage der Genitalien scheinen mir diese Präparate, die auf die innere Sekretion einen zweifellos günstigen Einfluß haben, doch beachtenswert. Sowohl bei diesen virginellen Blutungen, als auch bei solchen junger Frauen machen sich nicht selten ovarielle funktionelle Einflüsse geltend; bei solchen sind die Ovarien geschwellt, der Uterus vergrößert, die Sekretion und damit auch Blutabsonderung vermehrt. Hier muß also der Allgemeinstatus, besonders die Blutbeschaffenheit von vornherein eruiert werden, so das ich sogar als oberste Regel für die Behandlung aller Blutungen aufstellen möchte: Feststellung des Hämoglobingehaltes (s. o.), der Zahl der roten und weißen Blutkörperchen, und je nach diesem Befunde Verordnung dieser oder jener roborierenden Mittel. Ob und inwieweit hier Eisen, Arsen, Lezin oder Lezithin, oder andere Mittel angezeigt oder gerade kontraindiziert sind, ergibt sich dann aus der Untersuchung des Einzelfalles. Es ist aus diesem Grunde unmöglich, eine allgemeingültige Indikation zur Verordnung von Eisen- und anderen Präparaten hier aufzustellen.

*) Vgl. Walther, Münch. med. Woch., 1911, No. 48.

Viel wichtiger erscheint mir eine zweckmäßige allgemeine Therapie, bestehend in Abhärtung, Stählung des Nervensystems, allgemeine hygienische Maßnahmen, Änderung und Besserung der äußeren Verhältnisse, Turnen, Sport, Gymnastik, last not least, hydropathische Maßnahmen und Verordnung einer besonderen Badekur. Es würde zu weit führen, gerade hier die Indikation für die einzelnen Maßnahmen zu besprechen, ich will nur im großen Umriß auf einzelne von ihnen hinweisen. Auf die Vermeidung von Schädlichkeiten vor und bei der Periode habe ich schon oben kurz hingewiesen; gerade das absichtliche Herbeiführen der Periode, so daß sie vor einem bestimmten Termine (Ball, Konzert u. a.) eintreten muß, ist aufs schärfste zu verwerfen. Vor solchen Mitteln (heiße Fußbäder, Senfbäder, starke Tee's u. a.) kann gar nicht genug gewarnt werden! Man greift da einem wichtigen, ganz natürlichen physiologischen Vorgang vor und schadet für später. Das Umgekehrte — der Versuch (wenn er gelingt), den erwarteten Periodentermin hinauszuschieben, ist ebenso verkehrt. Aufklärung über Hygiene des weiblichen Körpers, insbesondere über Diätetik der Periode, scheint mir hier besonders wünschenswert, aber leider schwer durchführbar. Die sog. „Abhärtung" ist gewiß in jedem Falle zu empfehlen, doch ohne Übertreibung natürlich. Kalte Flußbäder und Schwimmbäder bis 14° R. herab, schaden niemals; wenn aber ein Mädchen oder eine Frau bei einem solchen mit weißen Lippen das Bad verläßt, so ist doch dabei dem Körper gewiß zu viel zugemutet. Wie bei allen hydropathischen Maßnahmen, die ja vermöge der Reklame der Naturheilkünstler und der sog. populären Hausbücher (ein solches hat jetzt die Auflage von 500000 erlebt, ohne daß die darin enthaltenen Fehler aufgedeckt worden sind!) heutzutage so modern geworden sind, ist weise Mäßigung am Platze. Das Gute und Nützliche wird anerkannt und soll ausgenutzt werden; vor Übertreibungen hüte man sich. Daß junge Mädchen durch Gymnastik, Sport, kühle Abreibungen u. A. dem Körper und dem künftigen

BOSTON MEDICAL
JUL 19 1915
LIBRARY

Berufe als Frau, bez. ihrer Arbeitskraft auch als Jungfrau, mehr nützen, als durch geistige Überanstrengungen, in Fächern, die sie nicht bewältigen können, liegt auf der Hand. Doch ich will diese vielumstrittene Frage hier nicht erörtern, sondern nur bemerken, daß ich eine Reihe von allerschwersten Blutungen gerade bei studierenden Damen zu behandeln hatte, die bei Schonung in den Ferien, bei entsprechenden körperlichen Übungen besser wurden. Daß Verdauung und Urinentleerung eine Rolle spielen, wissen wir aus der Ätiologie der Retroflexion. Die Diät ist bei Blutungen als solchen nur insofern von Einfluß, als reizende Getränke, alkoholische, starke Kaffee- und Teesorten zweifellos die Blutungen verstärken können. Hier hat der Hausarzt so recht eigentlich ein Feld der Betätigung und der Aufklärung über hygienische Fragen. Er allein ist unter Beurteilung des Einzelfalles auch in der Lage, über die Frage nach der Wahl eines geeigneten Kurortes zu entscheiden. Daß die Kur als solche — d. i. die Änderung der Lebensweise, Aufstellung eines bestimmten Regimes, Vermeidung von Schädlichkeiten — dabei günstig einwirkt, und nicht das Bad als solches, muß für viele Fälle zugegeben werden. Immerhin ist eine Reihe von Badeorten gerade von altersher empfohlen bei Blutungen, Myomen usw., deren Aufzählung ich mir wohl ersparen kann.

Daß bei allen Blutungen, seien es typische zu lange dauernde (Menorrhagien) oder atypische (Metrorrhagien), absolute körperliche und geistige Ruhe angebracht ist, ist allenthalben bekannt, bei Periodenblutungen vielleicht einen Tag ruhen, entsprechend der Stärke der Periode, am ersten oder zweiten Tag, wie auch einen Tag vor Beginn und unter gleichzeitiger Beobachtung der Diät (Vermeidung von Alkoholizis, Kaffee, Tee, von psychischen Erregungen, Sorge für leichte Stuhlentleerung!!).

Es ist wohl selbsverständlich, daß in der Prophylaxe der Blutungen bei Frauen, die geboren haben, die Hygiene des Wochenbettes nach rechtzeitigen Geburten wie nach Aborten (— letzteren Punkt möchte ich umso mehr betonen, als

Aborte meist als „harmlose" Ereignisse angesehen werden —) eine bedeutende Rolle spielt. Aber auch die sexuellen Verhältnisse als solche außerhalb der Schwangerschaft verdienen Beachtung — Vermeidung des Koitus interruptus, der kritiklosen Anwendung von konzeptionsbehindernden Mittel, des Abusus genitalis, vor allem der Masturbation! Ursächliche Momente wie Lageveränderungen des Uterus (Retroflexio und Retroversio), Adnexerkrankungen, Obstipation, unhygienische Kleidung (Korsett!) müssen als solche beseitigt werden.

Aber auch in allgemein hygienischer Hinsicht bedürfen Frauen wie Jungfrauen vielfach noch der Aufklärung. Es bedeutet doch ein bedauerliches Manko, daß in vielen Kreisen, selbst den gebildeten, über die Hygiene und Diätetik der Menstruation falsche, oft ganz unglaubliche Vorstellungen herrschen. Wie oft wird hier gegen die einfachsten Regeln der Reinlichkeit gesündigt! Erleben wir nicht allzuselten, daß Frauen mit ungewechselter von Blut strotzender Wäsche zur Sprechstunde kommen! Ja, ein Wechsel der Wäsche gilt ja als gefährlich, obwohl hier gegen die obersten Grundsätze der Hygiene am eigenen Körper verstoßen wird. Daß das an den Genitalien tagelang stagnierende Blut einen ausgezeichneten Nährboden für allerhand Keime abgibt, ist nur allzu klar. Die Reinigung der Genitalien inter menses ist daher nicht nur nicht zu verbieten, sondern geradezu vorzuschreiben! Bäder sind zu dieser Zeit wohl auszusetzen. Ich sehe alljährlich Fälle von starken Meno- oder Metrorrhagien nach dem Gebrauch von Thermal- oder Sprudelbädern; die meisten Ärzte lassen solche inter menses daher einfach aussetzen. Das Tragen von Binden mit aufsaugungsfähigem hydrophilen Stoff, ebenso Wechsel der Wäsche, Vermeidung von Überanstrengung, Tanzen, Reiten, Schwimmen, auch psychische Erregungen, die in der Pathologie der Blutungen schließlich auch eine Rolle spielen, desgleichen, was wohl selbstverständlich, Vermeidung sexueller Erregungen ist für die Periode unbedingt angezeigt. Es wäre meines Erachtens eine dankenswerte Aufgabe des Arztes, im gegebenen Falle hierüber Aufklärung zu geben, ebenso wie ich, laut §§ 50—56 und 88ff. des preußischen Hebammenlehrbuches im Hebammenunterricht solche Punkte bespreche. Vielleicht könnte durch „Aufklärung" manchem Frauenleiden vorgebeugt werden, wenn ein richtiges Verständnis für den Ablauf der Periode und das Verhalten dabei überhaupt vorhanden wäre!

Der Arzneimittel, die unmittelbar die Blutung beeinflussen sollen (Hämostyptika), kann der Arzt indessen trotz der besten Berücksichtigung des Allgemeinstatus nicht ganz entraten. Von styptischen Mitteln kann man äußerlich und innerlich wirkende unterscheiden; in diesem Zusammenhange kommen

nur die letzteren in Betracht, während die äußerlich wirkenden bei der Lokalbehandlung Berücksichtigung finden müssen.

Von altersher angewandt stehen obenan die Sekalepräparate, für die Geburtshilfe geradezu unentbehrliche Mittel, aber auch bei gynäkologischen Blutungen vielfach angewandt. Immerhin muß bei den verschiedenartigsten Präparaten dieser Droge beachtet werden, daß die Droge als solche, frisch gewonnen, die wirksamsten Bestandteile enthält, zugleich aber auch eine große Anzahl unwirksamer, überflüssiger und giftiger Substanzen. Ich will dies an erster Stelle hervorheben, da ich in der Praxis die Erfahrung gemacht habe, daß sowohl die Sekalepulver als auch das Sekaleinfus in den allermeisten Fällen recht schlecht vertragen werden, Magenverstimmung hervorrufen, mitunter sogar Vergiftungserscheinungen, wenn das Präparat verdorben ist (z. B. Ammonderivate u. a. enthält). Kein Wunder! denn wir wissen, daß die Droge 1. ölige, für die Wirkung ganz überflüssige Stoffe enthält (zu 39 Proz.), die die schlechte Haltbarkeit und den ranzigen Geruch der Droge wie des gepulverten Präparates bedingen (Triglyzeride der Öl- und Palmitinsäure), 2. Phosphorsäure in Form von sauren Phosphaten, 3. eine Reihe von Farbstoffen, 4. eine besondere Zuckerart Trehalose, die nicht selten die Gärung wässeriger Mutterkornauszüge bedingt. Die pharmakologisch wirksamen Bestandteile sind Ergotinsäure, die Sphazelinsäure und das Kornutin, von dem wiederum fast nur das letztgenannte in Betracht kommt. Das Bestreben der Pharmakologen mußte also sein, die wirksamen Bestandteile zu extrahieren und die giftigen auszuscheiden. Die schon in den 40er Jahren (z. B. 1842 von Bonjeau hergestellten Extrakte, Extr. Sec. cornut. aquosum = Ergotin) haben sich nicht so recht bewährt und sind, da einige Sklerotinsäure enthalten, zur subkutanen Injektion gar nicht geeignet, da sie durch diese Eiterung und Schmerzen verursachen. Haltbarer war von jeher das mit Glyzerin und Wasser hergestellte Fluidextrakt.

Unter den auf dieser Überlegung hin hergestellten Präparaten sind nun eine ganze Reihe erprobt worden und auch durch Versuche am überlebenden Uterus — es sei nur an die ausgezeichneten Versuche von Kehrer*) erinnert — als bewährt gefunden worden.

Ich erwähne von internen Präparaten die von Fritsch empfohlene Tinct. hämostyptika Denzel (Tübingen), die auch ich seit 15 Jahren verwendet habe. Sie ist ausgezeichnet bekömmlich, hat jedenfalls niemals solche Magenerscheinungen zur Folge gehabt, wie die meiner Ansicht nach unzweckmäßigen Pulvermedikationen, oder die Infuse. 1 Eßlöffel entspricht = 1 gr Sekale.

Nächstdem habe ich als außerordentlich wirksam schätzen gelernt, sowohl in der Geburtshilfe als auch in der Gynäkologie, das Sekakornin „Roche" (Fabrik Hoffmann-La Roche & Co., Grenzach i. B.), welches in steriler Lösung in den Handel kommt: 1. in steriler Lösung zur subkutanen Injektion, 2. in Tropfenform für internen Gebrauch. 1,0 ccm entspricht = 4 gr Sekale, 5 Tropfen = also der üblichen Dosis von 1,0 Sekale. Neuerdings hat die genannte Firma auch Tabletten in den Handel gebracht, die zuerst von v. Herff in Basel, sodann auch von mir ausprobiert wurden. 1 Tablette, mit Milchzucker hergestellt, entspricht 5 Tropfen der Sekakornintropfen. Die subkutane Anwendung, die ich allerdings intramuskulär in die Nates ausführe, hat niemals einen Abszeß zur Folge gehabt und stets eine prompte Wirkung. Ich gebe bei starker Periode am 1. Tag 1—2, 2. Tag 2—4 Tabletten, 3. Tag ebenso, je nach Bedarf.

Von andern brauchbaren Ergotinpräparaten erwähne ich Ergotin-Wernich, Ergotin-Bonjeau, Ergotin-Denzel, die auch von Kehrer besonders empfohlen wurden. Das Extr. Sekal. kornut. dialysat. wird in seiner Wirksamkeit sehr angezweifelt, doch

*) Vgl. Kehrer, med. Klinik, 1908, No. 20—22 und Arch. f. Gyn., Bd. 84/3. Walther, med. Klinik, 1906, No. 43. Schubert, Münch. med. Woch., 1907, No. 27. Thomson, Z. f. Gyn., 1907, No. 22. Schärges, pharmaz. Zentralbl., 1905, No. 41.

verdienen die neuen von Golaz hergestellten Dialysate Beachtung.

Auch das Kornutin. ergotikum (Ergotin-Bombelon) wird als wirksames Präparat empfohlen (5—10 Tropfen für Metrorrhagien), ebenso als Ergotinol (subkutan 1 ccm). Im übrigen ist in manchen Fällen auch die Kombination mit anderen Mitteln, z. B. Extr. fluid. hydrastis, Extr. Gossypii anwendbar. Ein ganz neues derartiges Präparat ist das Erystyptikum „Roche", eine Verbindung von Extr. Hydrastis, Hydrastinin. synthet. „Roche" und Sekakornin. (3mal täglich 20—30 Tropfen in Zuckerwasser).

Nächst dem Sekale kornut., dessen Präparate durch ihren Einfluß auf die glatte Muskulatur und die Gefäße im Wesentlichen bei der Blutung selbst in Wirksamkeit treten, ist seit vielen Jahren beliebt, zuerst von Schatz empfohlen, die Hydrastis kanadensis als Hämostyptikum, meiner Erfahrung nach besonders als Prophylaktikum vor dem Eintritt der Periode, und zwar in Form des Extr. Hydrast. fluidum, ein allerdings ganz verschiedenartiges Präparat von widerlichem Geschmack; am besten 5—8 Tage vor der Periode 3×25 –30 Tropfen, bei stärkeren Blutungen sogar in größeren Dosen (bis zu 60 Tropfen in Süßwein). Das wirksame Prinzip sind die Alkaloide Berberin und Hydrastin. Die Wirkung ist jedenfalls eine beruhigende auf das Nervensystem unter gleichzeitiger Lähmung der Vasodilatatoren, ohne die Konstriktoren anzuregen. — Stärker als diese, mehr zentral, anscheinend auch peripher wirkend, ist das Oxydationsprodukt des Hydrastins: das Hydrastinin, in Form des Hydrastininum hydrochlorikum, zur subkutanen Injektion oder intern in Kapseln, ein leider recht teures Präparat (0,03 mehrmals in Kapseln). Neuerdings kommt jedoch ein synthetisch hergestelltes Hydrastininum hydrochlorikum Bayer in den Handel, sowohl in Tropfenform (Liq. Hydrastinini Bayer. 3×30—40 Tropfen in Zuckerwasser) als auch in Tabletten. Dieser Liquor hat den Vorzug vor Extr. Hydrastis kanad., daß er durch Korrigentien wohlschmeckender und dabei billiger ist. Ich habe von

diesem Präparat in einigen Fällen, vor und bei der Periode prompte Wirkung gesehen. Es wird vermutlich die Hydrastis bald verdrängen. — Ein diesen verwandtes Präparat, das neuerdings immer mehr in Anwendung gekommen ist, ist das Oxymethyl-Hydrastinin sog. Kotarnin, besonders in Form des Styptizin (Merck) und des Styptol. Ich habe mit Styptizin die ersten Versuche gemacht und bin dem Präparat bis heute treu geblieben, da es in seiner Wirkung zuverlässig ist und besonders bei solchen Blutungen Verwendung finden kann, die mit schmerzhaften Adnexerkrankungen einhergehen; Styptizin ist das Kotarninum hydrochlorikum und wird subkutan verwendet (0,025—0,05) oder viel häufiger in Form der leicht bekömmlichen Merckschen Styptizin-Tabletten (à 0,025—0,05), erstere (0,025) 4—5 Tage vor der zu erwartenden Regel (2—4 mal), letztere (0,05) 2—4 und mehr während der Periodenblutungen. Styptol ist das Kotarninum phthalikum, in Form der roten Tabletten (Knoll & Co.) im Handel, in gleicher Stärke und in der Wirkung nach meiner Erfahrung ziemlich gleich mit Styptizin, zweifellos auch ein zuverlässiges Präparat, das ebenso ordiniert wird.

Von anderen Präparaten, die in Kombination mit Sekale und Hydrastis verschrieben werden, erwähne ich: Das Extr. fluid. rad. Gossypii und Extr. Hammamelidis fluid. (von Hammamelidis Virginika, Witschawurzelrinde), z. B. in der Zusammensetzung Ergotin. fluid., Extr. Hydrast. fluid., Extr. Gossypii fluid., Extr. Hammamelidis fluid. ää 10,0. D. S. halbstündlich 10 Tropfen. — Das Gossypium lähmt die Vasodilatatoren, hält in seiner Wirkung länger an, ist aber schwächer als das Hydrastis. Nach den Untersuchungen von Kehrer wirkt von den Hydrastispräparaten am überlebenden Uterus das oben erwähnte Extr. fluid. am schwächsten, die Kotarninpräparate beeinflussen schon stärker den Uterus in seiner Erregung; man muß also auch mit diesen Präparaten (Styptizin, Styptol) in der Schwangerschaft vorsichtig sein, ja sie sollen, wie Sekalepräparate, bei drohenden Blutungen in der Schwangerschaft direkt verboten sein.

Die kritiklose Anwendung dieses oder jenes styptischen Mittels ist natürlich falsch. Man muß sich stets vor Augen halten, was die Ursache der Blutungen und wie dieselbe zu bekämpfen ist. So gibt es oft genug Fälle, in denen das vielgerühmte Sekale und seine Präparate vollständig im Stiche ließen, während es in anderen wieder prompt wirkt. Ist die Blutung dadurch bedingt, daß die Kontraktion der Muskulatur eben zu mangelhaft ist und die dadurch verursachte Gefäßkompression ausbleibt, so ist Sekale am Platze; hier wirken diese Präparate ausgezeichnet durch Kontraktion der peripheren Arterien wie auch Reizung der glatten Uterusmuskulatur, sofern solche noch reichlich vorhanden ist. Umgekehrt kann bei Arteriosklerosis uteri das Sekale die Blutungen gerade verstärken, insofern durch die Kompression der sich kontrahierenden Wand die Venen gerade gestaut werden. Hier, wie überhaupt bei venösen Stauungsblutungen wirken Styptizin und Styptol ausgezeichnet. Für Blutungen bei isolierter Erkrankung der Schleimhaut wirkt Hydrastis auf die Gefäße der Schleimhaut allein, ohne die Wand zu beeinflussen. Es muß also, je nach dem Untersuchungsbefund, in der Anordnung der genannten Mittel individualisiert werden.*)

Damit ist die Reihe der Styptika noch nicht erschöpft. Auch Antipyretika sind empfohlen, so z. B. Salipyrin-Riedel (1,0 mehrmals am Tage in Tabletten); ich sah schon 1892 bei meinen ersten Versuchen, wie es schien, gute Erfolge, in einem Falle (offenbar Idiosynkrasie gegen solche Präparate) zugleich ein bullöses Exanthem sich entwickeln. Es wurde später wieder von einigen Gynäkologen empfohlen, ebenso Chinin, wegen seiner gefäßverengernden Wirkung und der Beschleunigung der Zirkulation. Das als Hämostan (Wien, Austriaapotheke) empfohlene Mittel entspricht ungefähr der erwähnten Kombination von Hydrastis, Gossypium (Lähmung der Vasodilatatoren), Hammamelis (Erregung der Vasokonstriktoren), unter Zusatz von Chinin (Rp. Extr. fluid. Hydrast., Extr. Gossypii, Extr. Hammamelis ää 3,0. Chinin. muriat. 1,0. Pulv. rad. Hydrastis 9,0. M. f. tabl. No. 100, mehrere Tabletten am Tage). Diese sollen zugleich eine beruhigende Wirkung auf das Nervensystem ausüben.**)

Handelt es sich um Blutungen im Zusammenhang mit (meist nicht kompensiertem) Herzfehler, so kommt weder dieses noch jenes Styptikum in Betracht, sondern ein Digitalispräparat. In einem solchen Falle sah ich von Digitalen, abwechselnd (um nicht Gewöhnung eintreten zu lassen) mit Digipuratum prompten Erfolg. Bei inneren Krankheiten muß auf diese Grundursache daher in erster Linie Rücksicht genommen werden.

*) Vergl. Asch, Der Frauenarzt. 1910. Heft 8.

**) Vergl. Fellner, Therap. Rundschau, 1908, No. 15.

In diesem Zusammenhange muß als indirekt wirkendes Hämostyptikum noch die Gelatine erwähnt werden. Kroemer u. A. haben die sterile Gelatine (20 ccm Gelatina sterilisata Merck subkutan), sowohl zur Injektion, als auch Gelatinepräparate intern zur Blutstillung versucht. Indessen ist die subkutane Injektion nicht so ungefährlich, als gewöhnlich angenommen wird. Auch Kehrer hat sie zu Versuchszwecken benutzt. Über den Erfolg gehen die Ansichten noch auseinander. Außerdem sind von Kroemer Kochsalzinjektionen empfohlen, die auch von anderer Seite mit promptem Erfolg angewandt wurden.*) (Auch Kochsalz intern 3—5 g, 3 × täglich.)

Ganz neu und noch keineswegs abgeschlossen sind die jüngsten Versuche von Heynemann aus der Halle'schen Frauenklinik (Veit) mit Injektion von „Merck'schem" Pferdeserum. Mitunter zeigten sich als Nebenwirkung Exantheme mit Fieber- und Drüsenerscheinungen, mitunter auch Gelenkschwellungen. Vorher schon hatte Busse in der Jenaschen Klinik (Henkel) Versuche mit frischem menschlichen Serum (10 ccm subkutan oder intraglutaeal) angestellt bei Metrorrhagien mit gleich gutem Erfolge. Auch aus der Marburger Klinik (Zangemeister) hat Esch Mitteilungen über Versuche gemacht mit defibriniertem Blut bei allgemeiner Anämie vor Operationen, gerade bei ausgebluteten Myomfrauen.

Für Fälle von Hämophilie sind solche Versuche jedenfalls angezeigt, zumal man bei ihnen von der Anschauung ausging, daß durch die genannte Injektion weniger lokale Veränderungen als Allgemeinerkrankungen beeinflußt werden sollten.**)

Zu erwähnen ist schließlich noch die Organtherapie mittelst Brustdrüsenextraktes in Form von Mammintabletten,***) wie sie gerade von französischen und russischen Autoren empfohlen wurden für Blutungen im Klimakterium, wie auch solche in der Pubertät, desgleichen bei chronischer Metritis und sogar Fibromyomen. Einige wollen sogar eine Verkleinerung der Myome (?) außer der Abnahme der Blutungen noch gesehen haben. Die getrocknete Milchdrüse von Kühen wird in Tablettenform zu 0,5 g verabreicht, von denen 2—4, sogar 6 am Tage, besonders vor der Periode, genommen werden sollen, oder in Form von täglichen Injektionen, die energischer wirken sollen. Die Behandlung muß, wenn sie Erfolg haben soll, monatelang durchgeführt werden, was schon von vornherein einem gefährlichen Experimentieren gleichkommt, z. B. bei submukösen Myomen.

---

*) Vgl. Kroemer, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 63 und auch Z. f. Gyn., 1910, No. 10. (Diskussion über uterine Blutungen.)

**) Vgl. Busse, Z. f. Gyn. 1909, No. 7. Esch, Münch. med. Woch. 1911.

***) Mekerttschiantz, Mtsch. f. Geb. u. Gyn., Bd. 31.

Ganz neu sind die Versuche, welche in der Wertheimschen Klinik (Wien) und anderwärts mit Pituitrin*) (Pituitrinum infundibularium) gemacht worden sind bei gynäkologischen Blutungen. Bekanntlich hat dieses Mittel in der Geburtshilfe berechtigtes Aufsehen erregt, nicht nur als wehenerregendes Mittel, sondern auch als Prophylaktikum bei Nachgeburtsblutungen. Nach den Versuchen, über die Bab berichtet hat, wirkten bei subkutaner Injektion (2—3 ccm am Tage) das Pituitrin in 70 Proz. der Fälle schon nach 1—2 Tagen auf die Blutung günstig ein. Jedenfalls dürfte es bei starken Blutungen, wo andere Mittel versagen, z. B. submukösen Myomen in partu, ähnlich wie in der Geburtshilfe, einmal in Betracht kommen, allerdings stehen noch Bestätigungen der Versuche von anderer Seite aus. Vielleicht wäre als Prophylaktikum oder inter menses die Anwendung in Tablettenform (Hypophysistabletten) für den Praktiker bequemer als die subkutane Anwendung, vielleicht bei Blutungen, die auf ovarielle Einflüsse zurückzuführen sind, vielleicht durch die antagonistische Wirkung des Hypophysenextraktes zur Herabsetzung der Ovarialfunktion. Von anderen Hypophysispräparaten erwähne ich noch das Pituglandol-Roche, welches neuerdings in der Geburtshilfe vielfach verwendet wurde, aber auch bei gynäkologischen Fällen Beachtung verdient.

Gegen starke Menorrhagien, verbunden mit Dysmenorrhöe ist neuerdings Mensan,**) ein alkoholisches Haselnußextrakt empfohlen worden (mehrmals ein Eßlöffel). Ich habe von dem Mittel recht gute Erfolge gesehen, gerade bei starken Periodenblutungen.

Die Zahl der zur Verfügung stehenden internen Mittel ist keine allzugroße; in der Hauptsache kommen immer wieder die Hydrastis-, sowie die verbesserten Ergotinpräparate bei richtiger Auswahl der Fälle und bei möglichster Berücksichtigung des Allgemeinbefindens in Betracht, in der Hauptsache aber bei sicher gestellter Diagnose als Aushilfsmittel, besser ausgedrückt bei Ausschluß maligner, oder auch anderer greifbarer Veränderungen. Sie stammen doch alle aus einer Zeit, in der man selbst mit der Ausschabung noch zurückhaltend war, und eingreifende Operationen nicht wagte.

---

*) Bab, Münch. med. Woch. 1911, No. 29 und Foges & Hofstädter, Z. f. Gyn. 1910, No. 46. Klotz, Münch. med. Woch. 1911, No. 21.

**) Keilpflug, Frauenarzt 1911, Heft 6.

Die zur lokalen Behandlung, speziell zur Ätzung im Spekulum oder zur Einführung der Miller-Playfairsonde geeigneten äußeren Hämostyptika lasse ich kurz jetzt folgen, während ich die Art der Anwendung unten beschreibe. Es kommen in Betracht, abgesehen von den physikalischen Heilfaktoren (heiße Spülung!), Liquor ferri sesquichlorati, Ferripyrin, Jodtinktur, Chlorzink, Formalinlösung.

Das Eisenchlorid ist schon lange im Gebrauch, wenn auch nicht allgemein durchgeführt; denn zu bedenken ist, daß durch die Ätzwirkung eine beträchtliche Schorfbildung und damit für etwa eingedrungene Keime ein günstiger Nährboden geschaffen wird. Ich habe sehr selten von diesem Mittel Gebrauch gemacht und möchte auf Grund meiner Erfahrungen jedenfalls die Jodtinktur zur Ätzung vorziehen. Das Ferripyrin (eine Verbindung von Eisenchlorid und Antipyrin) hat insofern noch einen Vorzug, als die Schmerz- und die Ätzwirkung durch das Antipyrin etwas aufgehoben wird. Ich habe in einzelnen Fällen gute Erfolge gesehen.

Die unverdünnte Jodtinktur ist von jeher von Gynäkologen nach Ausschabungen, besonders zur Nachbehandlung oder zur einmaligen Ätzung, oder auch zur Ätzung ohne Ausschabung empfohlen. Bei ausgesprochener fungöser Endometritis halte ich die Jodtinktur zur Ätzung, natürlich nur mit der Playfair'schen Wattesonde, für sehr geeignet; eine Einspritzung habe ich seit vielen Jahren nicht mehr ausgeführt, auch nicht mehr gewagt, seitdem ich früher einige unangenehme Kolikanfälle erlebt hatte. Die Ätzwirkung mit Jodtinktur geht jedenfalls nicht so tief, daß sie schadet, und sie verbindet sich zugleich mit einer antiseptischen durch Freiwerden von Jod.

Weit gefährlicher ist die Chlorzinklösung, gerade die vielfach auch empfohlene 5—10prozentige oder gar die konzentrierte (30—50prozentige), deren Tiefenwirkung sich gar nicht übersehen läßt. Geradezu verwerflich ist die Trockenanwendung von Chlorzink in Form der Dumontpallierschen Paste (1 Teil

Chlorzink, 2 Teile Roggenmehl), welche unbedingt eine Atresia uteri zur Folge haben muß. Statt dieser hat Schäffer*) 10—20prozentiges Guajakolvasogen in den vorher dilatierten Uterus eingeführt.

Ein ausgezeichnetes Härte- und Ätzmittel ist das Formalin, von Menge**) in die Gynäkologie eingeführt; am besten in Form der 20—30prozentigen alkoholischen Lösung, zumal nach Rieländers und Burckhards Untersuchungen die alkoholischen Lösungen sich zur Ätzung besser eignen.

Neuerdings ist auch das Suprarenin-Höchst zum Auswischen der Uterushöhle, nach vorheriger Reinigung derselben mit reinem Wasserstoffsuperoxyd, empfohlen worden (Littauer)*). Fritsch hat den unverdünnten Liquor Alsoli dazu mit Erfolg verwendet. Ich habe gleichfalls Alsol wie Perhydrol-Merck zum Auswischen mit gutem Erfolge benutzt.

Die Indikation zur Anwendung habe ich bereits oben angedeutet. Ätzungen der Uterushöhle schließen sich als Nachbehandlung an die Ausschabung an. Solche im Spekulum kommen nur in Betracht bei sicherem Ausschluß maligner Veränderungen, eines Polypen oder submukösen Myoms, also auch nur in ganz vereinzelten Fällen, ich möchte sagen zur Vor- und Nachbehandlung einer leicht blutenden Erosion. Bezüglich der Gefahren der intrauterinen Injektionen verweise ich auf das oben Gesagte.

Im wesentlichen wird die nichtoperative Lokalbehandlung auf das Mindestmaß eingeschränkt werden müssen. Vor Polypragmasie kann auch hier nicht oft genug gewarnt werden. Immerhin ist sie nicht immer zu entbehren. In erster Linie muß ich die heißen Irrigationen der Scheide erwähnen, die oft recht schnell

---

*) Schäffer, Mtschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 21.

**) Vgl. Menge, Arch. f. Gyn. Bd. 63. Sänger, C. f. Gyn. 1894. No. 25. Schaeffer, Berl. klin. Woch. 1891. Rieländer, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 51. Döderlein, Vrhdl. VIII. Gyn. Kongreß.

***) Vgl. Z. f. Gyn., 1910, No. 10, S. 353.

und günstig die zu stillenden Blutungen beeinflussen. Die Temperatur muß zwischen 45 und 50° Celsius liegen; sehr zweckmäßig ist mit Rücksicht auf die Empfindlichkeit der äußeren Geschlechtsteile gerade dafür die Anwendung des Doppelspülrohrs zum Schutze der Scheidenwand und der äußeren Genitalien, z. B. Hasse's Spülbirne. Man verwendet am besten mehrere Liter; als Zusatz empfehle ich adstringierende, zugleich desinfizierende Mittel z. B. Alsol (1 Messerspitze auf 1 Liter Wasser) oder Liq. Alsoli (1 Kaffeelöffel), Holzessig, oder, was sich mir in der letzten Zeit bei nicht zu starken, aber protrahierten Blutungen ausgezeichnet bewährt hat, Wasserstoffsuperoxyd (2 Eßlöffel) mit Zusatz von Alaun (1 Kaffeelöffel) oder Alsol. Selbstverständlich muß die Spülung im Liegen ausgeführt werden!

Für die oben erwähnte kongestive Form der chronischen Metritis und Endometritis, mit gleichzeitiger Beteiligung der Zervix sind in prophylaktischer Hinsicht Skarifikationen der Portio vor Eintritt der Menses oder in der Zwischenzeit am Platze. Die Blutentziehung wird, unter leichtem Anhaken der vorderen Lippe im breiten Röhrenspekulum gemacht mittels eines spitzen, scharfen Skarifikationsmesserchens; man kann die Blutungen genau dosieren und legt zur Verhütung weiteren Blutverlustes Jodoformgaze oder einen Jodoformgaze- oder Wattetampon ein, der mit Faden versehen ist und allerhöchstens 12 Stunden liegen darf. Mehrere Blutentziehungen, täglich wiederholt, können unter Umständen guten Erfolg haben. Das Ansetzen von Blutegeln ist völlig veraltet und wird wohl nirgends mehr angewendet, ist dazu nicht ungefährlich. In der Zwischenzeit lasse ich gern kühle Spülungen zur besseren Blutverteilung machen, gleichfalls adstringierend (H_2O_2 mit Alaun) oder auch kühle, kurzdauernde Sitzbäder, letztere jedoch nicht zu nahe vor der zu erwartenden Periode.

Die Uterusspülungen mit dem Fritsch-Bozemanschen Katheter kommen wohl mehr bei der hypersekretorischen Form der Endometritis als bei Blutungen

in Betracht. Ihre Technik ist einfach. Jeder Spülung muß bei Nulliparen allerdings eine Dilatation vorangehen; bei Frauen, die geboren haben, ist dies meist nicht nötig. Nach gründlicher Abtastung des Uterus und seiner Anhänge wird die Portio mit einer Hakenzange gefaßt und der Katheter (meist auf dem Querbett), nachdem die Luft aus dem Schlauch entfernt ist, „spülend" eingeführt. Als Spülflüssigkeit darf nie Sublimat genommen werden: es kommen Lysol (2 Proz.), Formalin, Chinosol, auch Wasserstoffsuperoxydlösung in Betracht. Bei ambulatorischer Durchführung ist jedenfalls gute Vorbereitung und nachfolgende Ruhe notwendig! Ätzungen dürfen an solche Spülungen in der Sprechstunde nie angeschlossen werden. Auch hier warne ich vor Polypragmasie.

Hierher gehört übrigens auch eine Maßnahme, die mitunter ausgeführt wird und unter Umständen lebenserhaltend wirken, andererseits aber auch schaden kann: ich meine die Scheidentamponade. Es ist ja selbstverständlich, daß im Notfalle der Arzt eine solche ausführen kann und muß bei lebensbedrohlicher Blutung; unter den nötigen Kautelen ausgeführt, kann sie vorübergehend nützen, natürlich nie auf die Dauer. Daher ist eine wiederholte Tamponade, ähnlich wie in der Behandlung des Abortes, zumal sie 1. zwecklos ist, 2. die Gefahr der Infektion mit sich bringt, geradezu ein Kunstfehler. Denn die Kausa morbi (unvollständiger Abort, submuköses Myom, übersehene maligne Neubildung) bleibt ja ohnedies weiter bestehen. Hier ist meist eine entsprechende Behandlung durch einen operativ geschulten Spezialisten am Platze, gleichbedeutend mit Überweisung in ein Krankenhaus, da solche Fälle im Privathause (abgesehen von Abortus) sehr schwer behandelt werden können. Die Ausführung der Scheidentamponade muß mit der peinlichsten Asepsis geschehen: Querbett, Desinfektion der Vulva, gründliche Spülung der Scheide, Schutz der Scheidenwände durch Röhren-Spekulum, wodurch zugleich die Gefahr der Infektion vermieden wird. Einschieben steriler oder besser von Jodoform- bez. Vioform- oder anderer

Gaze, die 12, längstens 24 Stunden liegen bleibt. Sehr gute Dienste leistet auch die Alsol-Gaze.*)

Eine besondere Beachtung verdienen in praxi die durch Endometritis corporis verursachten menstruellen Blutungen — seien es Menorrhagien, die noch den Typus der Periode einhalten oder Metrorrhagien d. h. unregelmäßige, atypische Blutungen. Sie bilden auch das Hauptkontingent der gynäkologischen Blutungen überhaupt. Denn die endometritischen Veränderungen in der Zervix verursachen, wie wir sahen, selten Blutungen, wenn wir von Polypenbildung, submukösen Myomen u. a. absehen. Ich gebe zu, daß eine Eingießung im Spekulum mittels eines Ätzmittels (s. o.) bei einer leicht blutenden somit „verdächtigen" Erosion einmal versucht werden kann, wissenschaftlich richtiger als dies unnütze „Experimentieren" ist aber wohl die diagnostische Exzision zur mikroskopischen Untersuchung oder die Exzision überhaupt (s. u.). — In der Mehrzahl der Fälle ist eben die Quelle der Blutung nicht zu sehen und wir vermuten sie im Endometrium, tatsächlich sitzt sie auch da, wenn nicht komplizierte Erkrankungen dabei sind: Adnexe, Ovarien oder Tuben, oder Myome der Wand. Im folgenden soll versucht werden die Lokalbehandlung der reinen Endometritis corporis zu schildern; hier möchte ich in erster Linie den Satz aufstellen: Jeder Lokalbehandlung muß eine genaue kombinierte Abtastung des Uterus und der Adnexe vorangehen!! Frisch entzündliche Zustände (akute Gonorrhöe) und Tubenschwangerschaft müssen ausgeschlossen sein.

Die spezielle Behandlung muß sozusagen mit einer „Abtastung" der Schleimhaut beginnen, da wir dieselbe in viva nicht zu Gesicht bekommen können. Dazu ist die präliminare Dilatation natürlich notwendig, schon aus dem Grunde, weil die anderen Ursachen, die durch die kombinierte Untersuchung mit festgestellt wurden (z. B. Myome), deutlicher danach zur Erkenntnis kommen.

---

*) Vgl. Med. Klinik, 1908, No. 52. Pincus und Siegert's Versuche in v. Bardelebens Poliklinik, Berlin.

Zur Dilatation ist am geeignetsten und ungefährlichsten Laminaria, natürlich vorher sterilisiert. Die sterilen Laminariastifte (2—8 mm kommen in Betracht) sind allenthalben käuflich. Preßschwamm ist nicht mehr im Gebrauch. Diese Quellstift-Dilatation ist in jeder Beziehung der forzierten improvisierten Dilatation mittels Schultze- oder Hegar'scher Stifte vorzuziehen, durch welche unkontrollierbare, selbst tiefe Risse in der Gegend des inneren Muttermundes entstehen können. Die Technik ist einfach: Anziehen der Portio mit zwei Hakenzangen; gründliche Desinfektion von Vulva und Scheide — Auswischen der Zervix mit einem Sublimat- oder Lysolwattebausch —, Einschieben des Laminariastiftes bis über den inneren Muttermund, jedoch so, daß das mit einem starken Faden versehene untere Ende aus dem äußeren Muttermund heraussieht.

Der Stift bleibt 12—24 Stunden liegen. Genaue Temperaturmessung! Dann erfolgt unter den gleichen Kautelen Entfernung desselben, Uterusspülung und, wenn möglich, digitale Abtastung (Zeigefinger, wenn unmöglich, Kleinfinger).

Bei diesen Vorsichtsmaßregeln habe ich niemals die vielbeschriebenen unangenehmen Folgen (Abreißen des Fadens, Retention des Stiftes oder gar Infektion) gesehen; sie müssen sich bei richtiger Technik vermeiden lassen.

Der Finger tastet bekanntlich genauer als das beste Instrument. So sind nicht selten ein Polyp, submuköses Myom, auch Abortreste als Ursache der Blutung entdeckt worden, die ohne die Dilatation unerkannt geblieben wären. Ich möchte diese Manipulation als „diagnostische Dilatation" bezeichnen.

Ist eine Verätzung der Uterusschleimhaut z. B. zur Nachbehandlung nach einer Ausschabung notwendig, so läßt sich dieselbe mit viel besserem Erfolg nach vorausgeschickter Dilatation anschließen mittels der oben erwähnten, mit dem Ätzmittel getränkten Playfair-Sonde.

Mit dem Namen „diagnostische Dilatation" soll ausgedrückt werden, daß sie natürlich nur ein ein-

ziges Mal zur Stellung der Diagnose ausgeführt wird. Kritiklos sie zu wiederholen, würde, wie überhaupt wiederholte Manipulationen in der Uterushöhle, aus leicht begreiflichen Gründen zur Infektion führen können.

Die Dilatation ist nun sozusagen ein Vorläufer zur eigentlichen operativen Behandlung der Endometritis: zur Entfernung der erkrankten Schleimhaut. Sie ist indiziert bei zweifellos nachgewiesener fungöser Endometritis, insbesondere der mit Polypenbildung einhergehenden Form und der interstitiellen Form, die sehr häufig mit Blutungen einhergeht, — dann aber bei atypischen Blutungen, Metrorrhagien, für die das Endometrium corporis beschuldigt werden muß. Es ist klar, daß auch hier die Indikation nicht kritiklos gestellt werden darf, andererseits leuchtet aber ein, daß der Eingriff bei solchen Fällen, bei denen eine Allgemeinbehandlung und die Anwendung der Hämostyptika nicht zum Ziele führten, doch wohl nicht aufzuschieben ist. Sie kommt hier sowohl als diagnostische Ausschabung zur Stellung einer exakten anatomischen, histologischen Diagnose, als auch als Heilmittel in Betracht. Gerade die erstere, Abrasio probatoria, ist für diejenigen Fälle von um so größerer Bedeutung, bei welchen der Verdacht auf maligne Neubildung vorliegt. Nicht nur die Metrorrhagien, sondern auch manche Fälle von Menorrhagien. Das mikroskopische Bild gibt allein dann einen Fingerzeig für die richtige Wahl der nachfolgenden Behandlung.

Daß nach der Ausschabung, deren Technik ich oben beschrieben habe, die Schleimhaut sich regeneriert, ist durch Untersuchungen von Werth, Düvelius u. a. zur Genüge bewiesen. Selbstverständlich muß die Operation so ausgeführt werden, daß die tiefste Schicht der unmerklich in die Muskularis übergehenden Schleimhaut nicht zu sehr malträtiert wird, also nicht „kratzen“ — besondere Vorsicht ist bei der Weichheit der Wandung nach Aborten, desgleichen bei Anämischen und Tuberkulösen geboten; sonst erlebt man eine unbeabsichtigte Atresia uteri als un-

angenehmen Folgezustand. Darauf habe ich ja schon oben hingewiesen.

Auch bezüglich der Nachbehandlung habe ich bereits oben mich dahin geäußert, daß für manche Fälle von Endometritis eine Ätzung und dadurch zu erzielende Narbenbildung angezeigt sind. Immerhin sollte auch damit kein Unfug getrieben werden. Den Praktiker möchte ich nochmals vor dem Gebrauch der Braun'schen Spritze i. e. Injektion von Jodtinktur, Liq. Ferri, Chlorzinklösung, in der Sprechstunde wenigstens, warnen — ja auch nicht ambulant ausgeführt, hat sie schon durch Eindringen von Ätzflüssigkeit in die Tuben zu gefährlichen Folgezuständen geführt. Technisch käme als einzige Methode in Betracht wie beschrieben: Ätzung mit der Playfair- oder Sänger'schen Sonde.

Wenn ich für diejenigen Fälle von Endometritisblutungen, die der üblichen Behandlung nicht zugängig sind, der Ausschabung das Wort redete — immer vorausgesetzt, technisch sichere und vorsichtige Ausführung nicht in der Sprechstunde, sondern im Krankenhause oder ganz ausnahmsweise unter den nötigen Kautelen auch im Privathause — so soll doch damit nicht gesagt sein, daß die Abrasio das Allheilmittel ist für Blutungen; auf Mißerfolge muß man gefaßt sein. Unglücksfälle und üble Folgezustände müssen sich auf alle Fälle ja verhüten lassen: 1. Infektion, 2. Perforation der Uteruswand. Daß derjenige, welcher operiert, die Infektion muß vermeiden können, ist an sich ja klar. Und doch sieht man nicht selten Fälle, bei denen gerade im Anschluß an die „unschuldige" Ausschabung schwerste Perimetritis, ja sogar Peritonitis beobachtet wurde. Das sind aber immer wieder diejenigen Fälle, bei denen eine exakte Untersuchung vorher unterlassen wurde; gerade frisch entzündliche Fälle, z. B. Gonorrhöe, Fälle, bei denen mehr der Ausfluß, die Flecken in der Wäsche und einige rötliche Flecken den unerfahrenen Arzt zu dieser Operation verleiten, bilden eine strikte Kontraindikation. Aber auch ohne Gonorrhöe kommen nach „Sprechstunden"-Abrasionen

Infektionen vor. Einen typischen Fall mit perimetritischen Eitersäcken hatte ich vor einigen Jahren zu behandeln. Ebenso wie die Gonorrhöe im Beginn eine strikte Kontraindikation darstellt, so ist sie es auch, sobald greifbare Verdickungen der Tube (meist doppelseitig) vorhanden sind. Meist ist auch das Scheidengewölbe empfindlich. Empfindlichkeit bei der bimanuellen Untersuchung sollte jeden vorsichtigen Arzt veranlassen, vorerst von der Ausschabung Abstand zu nehmen. Die dritte Kontraindikation ist oben zur Genüge genau gekennzeichnet worden: frische oder (da diese doch selten diagnostiziert wird) in Veränderung begriffene Tubarschwangerschaft (Tubenblutmole u. a.). Ich möchte auf alle Fälle raten, hier weder den Uterus anzuziehen (mit Hakenzangen) zur Untersuchung noch die Ausschabung, natürlich auch nicht die Sondierung zu machen, vor der die meisten (leider nicht alle) Lehrbücher warnen!

Werden diese Kontraindikationen beachtet, dann sind Unglücksfälle und üble Folgezustände auch zu vermeiden. Auf das Unglück der Perforation, sowie einer bei Gelegenheit der Uterusspülung vorgekommenen chemischen Intoxikation (Sublimat!) habe ich schon oben hingewiesen.

Trotz all dieser Vorsichtsmaßregeln ist man aber bei technisch bester Ausführung der Abrasio vor Mißerfolgen nie ganz sicher. Hier ist aber meist eine andere anatomische Ursache für die Blutungen vorhanden. Ich hatte schon oben auf die Ovarien als Ursache der endometritischen Blutungen hingewiesen. Bei greifbaren Veränderungen dieser müssen dann sie behandelt werden. Erheblich häufiger sind es aber Fehler in der Diagnose und zu schlechte bimanuelle Abtastung, also Übersehen eines intra-muskulären oder submukösen Myoms oder nicht vorausgeschickte Dilatation, bei der ein submuköses polypöses Myom, in anderen Fällen ein Plazentarpolyp oder Abortreste entdeckt werden. Gerade bei sehr großem Uterus sei man mit der Abrasio als solcher vorsichtig, wofür ich folgenden interessanten kasuistischen Beleg bringe: Eine 50jährige Russin war von einem Arzte in der

Sprechstunde „sondiert“ worden wegen Blutungen — ein zweiter Arzt, Gynäkologe einer Großstadt, machte Abrasio und Ätzung — dann sah ich die schwerfiebernde Patientin, die einen septischen Eindruck machte, dabei mit einer schweren Myokarditis behaftet war, nahm sie ins Krankenhaus auf, machte Dilatation und Abtastung der Uterushöhle und fand ein polypöses, aber breit in der Wand noch festsitzendes Myom. Ein größerer Eingriff war wegen des Herzfehlers gänzlich kontraindiziert. Ich injizierte wegen der septischen Injektion mehrmals Aronson-Serum, außerdem Sekakornin und siehe da, nach fünf Tagen war das Korpus delikti so nach abwärts getreten, daß ich es entfernen konnte: faustgroßes, verjauchtes, erweichtes, ödematöses, zum Teil kystisches Myom! Genesung! Nach fünf Jahren noch vollkommene Gesundheit.

Gerade bei submukösem Myom sei man mit der Ausschabung vorsichtig. Oben sahen wir Infektion nach Sondierung und Ätzung eintreten; denn es ist ja klar, daß hier die Keime von außen hineintransportiert worden waren. In anderen Fällen wird die Schleimhaut über einem wandständigen Kugelmyom lädiert; die Blutung steht nicht nur nicht, tritt gerade umso stärker auf. Ich komme darauf noch bei Myom zu sprechen. Aber auch bei reiner Endometritis kann ein Mißerfolg eintreten, insofern die Blutung immer wiederkehrt. Nicht immer ist es eine maligne Neubildung; vielleicht spielen Gefäßveränderungen, wie bei verspäteter Menopause durch ovarielle Einflüsse hier mit. Ich mußte innerhalb kurzer Zeit bei drei Frauen wegen solcher nicht zu stillender Blutungen, nachdem alle erdenkbaren Mittel angewendet waren, den Uterus exstirpieren: anatomisches Ergebnis war bindegewebige Überwucherung des Uterus, verbrauchte Muskularis, nur geringgradige Endometritis als solche — kein Karzinom, kein Myom. Auf diese Fälle hatte Löhlein in den Tagesfragen vor vielen Jahren schon hingewiesen. Ich will auch hinzufügen, daß ich in allen drei Fällen vorher mit den üblichen Ätzmitteln (30 Proz. Formolalkohol, Eisenchlorid u. a.) die Schleim-

haut zu verätzen suchte, aber vergeblich. Mitunter kann übrigens auch an einer kleinen Stelle ein Karzinom bereits gewuchert sein, so daß die Entfernung des Uterus nicht zu lange hinausgeschoben werden darf. Daß dies Sache des Spezialisten ist, bedarf wohl keiner Erörterung.

Zu den Ätzmitteln, die auf die Uterusschleimhaut direkt einwirken sollen, muß noch die elektrische sogenannte Apostolische Methode gezählt werden, die indessen jetzt nur noch vereinzelt in Frage kommt und ohne gründliche anatomische Diagnose der Schleimhautveränderungen gerade verkehrt wäre. Ich habe früher in einigen Fällen dieselbe durchgeführt, jedoch ohne Erfolg (Anode intrauterin, Kathode auf die Bauchdecken, starke Ströme bis 150 M.-A. und mehr). Die Verschorfung des Endometriums muß eintreten, wenn auf Erfolg gerechnet wird. Sie gleicht dem durch Kali kaustikum erzeugten Schorf. Die Behandlung ist sehr langdauernd und setzt, abgesehen von einem sehr prompt arbeitenden Apparat (einschließlich Rheostaten und zuverlässigem Galvanometer) eine sehr geübte Technik voraus, einschließlich peinlichste Asepsis.

Auch bezüglich der Vaporisation*), die von Snegireff zuerst empfohlen und in Deutschland hauptsächlich durch Pincus eingeführt wurde, rate ich sehr zur Vorsicht. Ist sie an sich schon nicht ungefährlich und bei jungen Frauen überhaupt zu widerraten, so käme sie unter Umständen bei klimakterischen Blutungen als letztes Mittel in Betracht, ehe man sich zur Totalexstirpation entschließt. Die Gefahren bestehen in der Verbrühung der Wand, Infektion, Peritonitis, Atresiebildung; die Unsicherheit der Wirkung erklärt sich oft durch die unregelmäßige Höhle des Uterus. Ich mußte bei einer Patientin die Totalexstirpation machen, weil die, nach mehreren

*) Vgl. Snegireff, Zentr.-Bl. für Gynäk. 1895, Pincus, Atmokausis und Zestokausis, Wiesbaden 1903, Bergmann, Weiß, Zentr.-Bl. für Gynäk. 1898, Nr. 24, v. d. Velde, ib, No. 52 und genaue Beschreibung in Fritsch, Lehrbuch, 12. Aufl. S. 242 u. ff.

Ausschabungen technisch vollkommen korrekt von anderer Seite durchgeführte Vaporisation gegen die unstillbare Blutung gar nichts geholfen hatte; als Ursache fand sich ein nur über pflaumengroßes, submuköses, polypöses Myom in der Tubenecke nebst intramuskulären Kugelmyomen und fibrösen Veränderungen der Uteruswand. Sie wird sich als Methode für den Praktiker meines Erachtens nie einbürgern und dürfte in der Hand des mit der Technik sehr vertrauten Spezialisten für ausgesuchte besondere Fälle (nach vorausgeschickter anatomischer Untersuchung der Schleimhaut!) zu reservieren sein.

Es liegt der Gedanke nahe, daß man gerade bei solchen Mißerfolgen auch die Röntgentherapie einleiten könne. Indessen sind die Erfahrungen über diese noch nicht abgeschlossen; immerhin darf man dreist behaupten, daß ohne vorherige diagnostische Abtastung des Endometriums die Anwendung der Röntgenbestrahlung nicht berechtigt ist, ja man davor warnen muß. Denn in manchen Fällen, z. B. bei submukösen Myomen hat man gerade unstillbare Blutungen beobachtet. Ist aber lediglich gerade der ovarielle Einfluß als solcher vorherrschend, so scheint mir die Bestrahlung, soweit man jetzt schon urteilen darf, Zukunft zu haben. Ich komme kurz darauf bei den Myomen noch zu sprechen.

Schließlich muß noch kurz der Massage gedacht werden, die ja gerade bei Nichtärzten, bei Kurpfuschern eine große Rolle spielt. Man lese nur die schönen Reklameschilder, sowie die Anpreisungen in den politischen Zeitungen („arzneilose Heilkunde", „operationslose Behandlung")! Ist an sich als Hauptindikationsgebiet für diese, wenn von geschickter Hand bei richtig gestellter Diagnose ausgeführt, oft recht erfolgreiche Kur, nur die chronische Pelveoperitonitis und Parametritis chronika mit Verwachsungen und Fixationen des Uterus anzuerkennen, so kämen sie bei Blutungen lediglich in Betracht, wenn diese genannten Veränderungen die Blutungen in der Tat beeinflußten (z. B. fixierte Retroflexion, chronische Oophoritis, alte entzündliche Infiltrate). Die Massage

an sich darf nur der Arzt selbst ausführen, und zwar unter Zugrundelegung der von Thure-Brandt, dem Meister der Massage, empfohlenen Methode (bimanuelle Massage). Jedenfalls sind es nur ganz vereinzelte Fälle, bei denen der Blutung halber die Massage in Betracht kommt (z. B. kongestive Zustände).

Bezüglich der von der Portio bez. der Zervix ausgehenden Ursachen der Blutungen, die dem Auge erheblich leichter zugänglich gemacht werden können, erwähne ich in erster Linie die Schleimhautpolypen. Gerade diese geben zu unregelmäßigen blutigen Ausflüssen oder auch Blutungen Anlaß. Die Entfernung der im Muttermunde sitzenden Polypen ist technisch so leicht, daß diese auch der praktische Arzt ausführen kann, auch sogar in der Sprechstunde: Einstellung der Portio vaginalis, Fixation der Muttermundsränder mittelst Hakenzange, Abdrehen der Polypen mittelst Korn- oder Greifzange. Meist ist damit die Ursache der Blutung beseitigt. Und doch sind hier Überraschungen möglich. Auf die maligne Entartung habe ich schon hingewiesen. Es ist also keine überflüssige Pedanterie, einen Polypen mikroskopisch untersuchen zu lassen!! In anderen Fällen besteht aber eine gleichzeitige Endometritis korporis und damit auch die Quelle der Blutungen fort.

Die Erosion bedarf, wie schon mehrfach erwähnt, der lokalen Behandlung nur insofern, als sie zu stark sezerniert, nicht wenn sie blutet. Gegen die vermehrte Sekretion habe ich Wasserstoffsuperoxyd oder das (30 proz.) Perhydrol Merck (allerdings teurer) im Spekulum mit gutem Erfolge verwandt mit nachfolgender austrocknender Behandlung mittels Bolus sterilisata Merck. Blutet die Erosion, so rate ich von solchen Experimenten ab. Hier muß als Regel gelten: kleine diagnostische Exzision*) zur mikroskopischen Untersuchung, zumal es Karzinome gibt, die im Beginn genau wie eine Erosion aussehen, eventl. Überweisung an einen Spezialisten zur ausgiebigen

*) Vergl. Schubert, Zentralbl. f. Gyn., 1911, No. 52 (leicht handliches Probe-Exzisionsinstrument dazu).

Exzisio probatoria. Lieber einen solchen Fall für „karzinomverdächtig“ ansehen und operieren, als monatelang „ätzen“!!

Die Blutungen der äußeren Genitalien sind ja in ihrer Ursache leicht zu bekämpfen, da es sich entweder um Verletzungen handelt, auch Platzen von Varizen, oder um maligne Neubildungen, deren frühzeitige radikale Entfernung (nebst den benachbarten Drüsen) man dem Spezialisten überläßt. Aufmerksam machen möchte ich schließlich auf warzenähnliche Bildungen an den äußeren Genitalien und Pruritusreizungen, die nicht selten Vorläufer von Karzinomen sind. Eine solche diagnostische Exzision, einer Warzenbildung z. B. an den großen Labien, kann jeder Arzt ausführen.

Ich komme nunmehr auf die tieferen Ursachen der Blutungen zu sprechen: Myome und Karzinome. Die Myome sind so häufig, daß über die Symptomatologie und Therapie derselben auch der Praktiker sich im klaren sein muß. Innerhalb der letzten Dezennien haben sich dank der großen Fortschritte in der operativen Technik die Ansichten über die Behandlung des Myoms erheblich geändert. Man muß wissen, was die Blutungen anbelangt, daß nicht immer die großen Myome, sondern recht häufig gerade die kleinen „Kugelmyome“ der Wand zu starken Blutungen Anlaß geben, daß aber die Größe des Myoms andere Komplikationen z. B. Druck auf Blase, Mastdarm, Ureter mit sich bringt, die sehr wohl in Bezug auf die Art der Behandlung beachtet werden müssen. Myome können palliativ und operativ behandelt werden. Blutungen bei Myomen können als Menorrhagien oder als Metrorrhagien auftreten. Am Anfang sind die Blutungen meist noch im Zusammenhang mit der Periode, verstärkt, prolongiert, dann werden die Zwischenpausen kürzer: anteponierende Menses, schließlich kommen unregelmäßige Blutungen. Im letzteren Falle sind die Myome meist aus der Wand in die Uterushöhle hineingedrängt worden, ragen zum Teil polypös herein oder sie sind

bereits nach Art eines polypösen Myoms (fibrösen Polypen) in partu begriffen.

Myomblutungen, die nicht erheblich stark sind, können zunächst palliativ behandelt werden. Die oben geschilderte Allgemeinbehandlung, zugleich die Anwendung von styptischen Mitteln (Styptizin u. a. vor, Ergotinpräparate während der Periode) kann hier zweifellos Besserung bringen. Ein geschickt aufgestelltes ärztliches Regime (Ruhe inter menses, gute Verdauung etc.) kann hier schon vieles nützen. Grundbedingung ist aber eine genaue Untersuchung, nicht nur in Bezug auf die Größe des Myoms, richtiger gesagt der Myome, da es sich meist um vielfache handelt (Uterus myomatosus), sondern auch das Wachstum derselben und das Verhältnis zu den Beckenorganen. Daß z. B. ein Myom, das die Blase oder gar die Ureteren zusammendrückt, nicht wegen Blutungen entfernt wird, die vielleicht ganz fehlen, sondern wegen der Druckerscheinungen im Becken, ist ja auch klar. Ruhige, genaue Beobachtung des Falles muß hier entscheiden, ob die palliativ-diätetische Therapie fortgesetzt werden soll oder nicht. Zweifellos bedarf auch die Anämie der Behandlung. Beliebt sind natürlich die Eisenpräparate, aber gerade hier verfällt der Arzt oft in einen Zirkulus vitiosus, insofern gerade bei starken Periodenblutungen durch kritiklose Verabreichung von Eisenpräparaten die Blutungen nur noch verstärkt werden (ähnlich wie bei Stahlbädern und Eisenwässern). Sanatogen, Nukleogen, Lezin, Lezithin u. a. der vielen neuen Nährmittelpräparate würde ich da stets vorziehen. Sehr empfehlenswert ist, daß gerade hier Blutuntersuchungen (Hämoglobingehalt) regelmäßig gemacht werden (s. o.). Auch scheint mir die oben beschriebene Serumeinspritzung vor Operationen in manchen Fällen indiziert, wie Esch über solche aus der Marburger Klinik berichtete.

Was Badekuren anbelangt, so bin ich etwas skeptisch geworden nach einer Anzahl von Fällen, in denen ich gerade wegen starker Blutungen im Anschluß an Badekuren zu Rate gezogen wurde. Der

von älteren Kollegen noch gegebene Rat auch bei Periodenblutung zu baden, ist sicherlich falsch. Ich sah in der konsultativen Praxis in einem Badeorte einen Fall, welcher um einiges mit Verblutung geendet hätte, gerade nach Kohlensäurebädern, was ja leicht erklärlich ist. Wenn die Neigung zu Blutungen nicht besteht, so wirken auch die Thermalbäder günstig auf die Myome, was ich für Bad Nauheim bestätigt gefunden habe. Besonderer Gunst erfreuen sich Kreuznach, Münster a. Stein, Bad Hall, Tölz u. a., auch Moorbäder. Ich will Erfolge nicht absprechen, habe aber gerade mehrfach, auch neuerdings wieder Myome operieren müssen, wegen deren die Trägerinnen mehrmals eine Badekur durchgemacht hatten. Immerhin sind Erfolge nach Badekuren nicht zu leugnen, besonders was die Schmerzen anbelangt, Hebung des Allgemeinbefindens, Hebung des Stoffwechsels.*) Erfolge und Mißerfolge erklären sich zur Genüge aus der Verschiedenartigkeit der anatomischen Verhältnisse bei Myomen. Es würde zu weit führen, hier näher auf die Frage einzugehen.

Noch ein Wort über die Ergotinkuren, wie sie vor 40 Jahren von Hildebrandt**) empfohlen wurden: ich glaube kaum, daß jemand noch ernstlich an den Erfolg von Ergotinkuren glaubt. Ich sehe, daß auch Veit***) davon abrät. Trotzdem wir zuverlässige Ergotinpräparate besitzen, wie ich oben darlegte, so würde ich es nicht wagen, ohne Unterbrechungen monatelang Injektionen durchzuführen, zumal 50—100 sogar nötig sind. Die Wirkung ist doch jedenfalls abhängig von der Menge der noch zur Verfügung stehenden kontraktionsfähigen Uterusmuskulatur, also wiederum von dem anatomischen Verhalten des Uterus myomatosus. Mehr Vertrauen habe ich — bei nicht oder nur leicht blutenden Myomen schon zur An-

*) Vgl. Engelmann, Deutsche med. Wochenschr., 1891, No. 20.

**) Hildebrandt, Volkm., Vortr. 47 und Berl. Klin. Woch. 1872/25.

***) Vgl. Veit, Therapie der Frauenkrankheiten, 1911, S. 147.

wendung jodhaltiger Solbäder. Trotzdem möchte ich aber Ergotin nicht ganz missen und gebe es, wie erwähnt, seit langem während der Menses, falls sie zu stark sind, da ich doch recht oft Erfolge gesehen habe. Helfen hier Ergotin wie die anderen Styptika nichts, so ist ja das Gleiche zu bedenken wie bei Endometritis und Metritis, dann funktioniert eben die Muskularis meist nicht mehr genügend. Ist der Blutbefund dazu ungünstig oder die allgemeine Anämie fortschreitend, so darf nicht länger experimentiert werden; hier muß der Fall unbedingt dem Spezialisten übergeben werden. Bezüglich der Periodenblutungen will ich noch die Fälle erwähnen, in denen es zu Blutansammlungen in der Gebärmutterhöhle kommt; hier ist zunächst unter dem Einfluß des Styptikums ein Nachlassen der Blutungen zu konstatieren, dann aber um so stärkere Blutausscheidung, oft schwarze Kruorgerinnsel in großer Menge, die sich gerade beim Liegen ansammeln. Hier ist immer Verdacht auf unregelmäßige Höhle des Uterus, mithin auf submukösen, polypösen Sitz, also auf das Hereindrängen des Myoms in die Höhle vorhanden. Solche Fälle dürfen nicht zu lange palliativ behandelt werden, zumal durch die langdauernden Blutungen zweifellos sekundäre Veränderungen am Herzen (fettige Degeneration bezw. braune Atrophie) zu befürchten sind.*)

Ich komme damit zur operativen Therapie, betone dabei aber ausdrücklich, daß ich hier nur von Blutungen bei Myom spreche. Bezüglich der Myome als solcher ist ja klar, daß man nicht jedes Myom behandelt, geschweige denn sofort operiert, sondern nur solche, die Beschwerden machen. Ich verweise hinsichtlich der Indikationsstellung auf die äußerst klaren und meines Erachtens zutreffenden Ausführungen Veit's.**) Erheblich klarer wird ja für den Praktiker die Frage der operativen Therapie, wenn es sich nicht nur um Menorrhagien (zu lange dauernde, meist anteponierende Menses), sondern um Metrorrhagien

*) Vgl. Neu, Münch. med. Wochenschr. 1912, No. 2.
**) l. c. S. 146—167.

und atyptische Blutungen handelt. Daß hier eine Palliativbehandlung nutzlos ist und man vielfach die Operation nicht umgehen kann, habe ich schon angedeutet. Ich kann nur dringend raten, in solchen Fällen die Operation nicht zu lange hinauszuschieben.*) Obwohl an und für sich die Operation in der Mehrzahl der Fälle Sache des Spezialisten ist, so muß ich doch auch kurz auf diejenigen Fälle hinweisen, welche unter Umständen auch der Praktiker operativ bebehandeln kann. Bezüglich der Ausschabung schicke ich voraus, daß dieselbe bei unregelmäßiger Höhle des Uterus, insbesondere Vorspringen submuköser Myomknollen nicht ungefährlich ist, unter Umständen sogar die Situation verschlimmert, ebenso warnen möchte ich vor etwaigen Uterusinjektionen. Bei der Ausschabung wird die Schleimhaut lädiert, es kann zur Nekrose oder, wie ich oben an dem Falle deutlich schilderte, zu Infektion kommen. Auch die Atmokausis ist nicht ungefährlich und oft zwecklos, obwohl ich zugestehe, daß in der Hand des darin Geübten für einfache, günstige, jedenfalls nicht komplizierte Fälle schon Erfolge beobachtet werden können. Wesentlich anders steht es nun mit dem sogenannten polypösen Myom, das in die Scheide geboren ist und aus dem Muttermund herausragt. Hier zwingt die Blutung, mitunter auch die Jauchung zum Handeln. Technisch leicht und ungefährlich in der Hand des Praktikers ist natürlich die Entfernung eines langgestielten Polypen. Hier ist aber das breitbasige polypöse Myom gemeint. Ich kann nicht zugestehen, daß die Entfernung eines solchen Tumors so ganz ungefährlich ist; in differential-diagnostischer Hinsicht ist in erster Linie die Inversio uteri zu beachten, auch die partielle. Auch kann bei der Entfernung

*) Fritsch sagt recht drastisch (Krankheiten der Frauen. XII.-Aufl. S. 398.): „Es ist doch ein Unsinn, lange zu beobachten und die Operation hinauszuschieben. Ist das Myom klein, so ist die Operation leicht und prognostisch günstig. Dann ist es doch nicht vernünftig, die Patientin in der Angst vor einem Eingriff zu belassen und zu warten, bis die Geschwulst groß und die Operation prognostisch ungünstig ist."

dieselbe eintreten, und damit ist die Situation äußerst kritisch. Auch die Gefahr der Infektion ist nicht von der Hand zu weisen, wenn das Myom bereits längere Zeit in die Scheide hineinragte. Einen recht lehrreichen Fall erlebte ich vor zwei Jahren, der vielleicht manchen Kollegen zur Vorsicht mahnt: bei einer 46 jährigen Patientin bestanden schon lange Blutungen; der Arzt, welcher bei der Indolenz der Patientin sehr spät zugezogen wurde, findet ein großes Myom im Bereiche des Muttermundes, der auf Handtellergröße verstrichen ist. Er machte im Privathause den Versuch der Enukleation, entfernt auch ein beträchtliches Stück mit der Schere, der größere Rest verbleibt (Gefahren der sogenannten „unterbrochenen Operation"!). Zwar stand die Blutung vorübergehend, aber es kam Fieber und Jauchung hinzu. Die Patientin wird in desolatem Zustande mir überbracht; ein größerer Eingriff verbot sich bei dem elenden Zustande; ich entfernte den Rest des Myoms. Die Blutung steht, am 9. Tag typische Lungenembolie offenbar bedingt durch die Jauchung des ödematösen, morschen Myoms und die damit einhergehenden anatomischen Verhältnisse. Jedenfalls erwäge jeder Praktiker, ob er die Technik der Entfernung eines solchen großen fibrösen Polypen, richtiger gesagt, polypösen Myoms sich zutraut. Vor allem schneide er bei dem Versuche der Entfernung niemals auf den breiten Stiel ein, sondern spalte die Kapsel nur und suche durch vorsichtige Torsion das mit einer kräftigen Collin'schen Zange gefaßte Myom zu entfernen. Auch hüte man sich vor zu kräftigem Anziehen, um nicht die Inversion der oft dünnen Uteruswandung intra operationem geradezu herauf zu beschwören. Ungleich schwieriger ist die Entfernung eines im Zervikalkanal liegenden Myoms, ohne daß der Muttermund genügend eröffnet ist. Jedenfalls muß der Muttermund bilateral gespalten und nach Enukleation des Myoms wieder sorgfältig vernäht werden. — Beides Eingriffe, die im Krankenhause auszuführen sind.

Die eigentlichen Myomoperationen gehören nicht

in das Ressort des Praktikers. Für ihn als Hausarzt ist die Frage wichtiger, wann und ob eine Operation angezeigt ist. Ich bin weit entfernt, einem Furor operativus das Wort zu reden, aber es ist kein Zweifel, daß die Indikationsstellung im Einzelfalle nicht ganz leicht ist, und es recht oft Fälle gibt, wo die Operation eben gerade noch lebensrettend wirkt, mit anderen Worten, bei denen eben zu lange gewartet wurde. Bei Frauen unter 40 Jahren wird die Operation, sei sie durch atypische, zu starke Blutungen oder durch andere Erscheinungen bedingt (Druck auf die Blase, Ureteren, Mastdarm, Einklemmung im Becken), immer noch als berechtigt angesehen werden müssen, während in späteren Jahren neuerdings ein Verfahren in Konkurrenz zu treten scheint, auf das ich unten in Kürze eingehen will: Die Röntgentherapie, wenn auch vorerst nur für ausgesuchte Fälle. Immerhin wird sie die operative Therapie wohl nie ganz verdrängen können, da beim Myom Veränderungen vorkommen, die uns ohne Operation entgehen können (maligne Entartung, Adenomyome, Nekrose, Vereiterung u. a.).

Bekanntlich ist bei Myomatosis uteri die Hoffnung auf das Eintreten der „Jahre“ meist sehr trügerisch, da eben die Menopause hinausgeschoben ist, oft bis in die Mitte der fünfziger Jahre. Übrigens ist auch zur Genüge bekannt, daß auch nach der Menopause Myome noch weiter wachsen können.

Bluten Frauen mit Myomen zu lange, so wird der Praktiker wohl allein die Verantwortung nicht mehr tragen können. Hier ist genaue Analyse des Falles gemeinschaftlich mit einem Spezialarzt meist erforderlich. Dann wird auch leichter die wichtige Entscheidung getroffen werden können, ob der Zeitpunkt für eine Operation bez. für ein anderes, gleich sicheres Verfahren gekommen ist. Erst dann spezialistische Hilfe in Anspruch zu nehmen, wenn der Kräftezustand durch die fortgesetzten Blutungen bedenklich gelitten hat, ist natürlich verkehrt; bei solchen Fällen braucht man sich nicht zu wundern, daß selbst bei vortrefflich gelungener Operation gefürchtete Komplikationen in der Rekonvaleszenz eintreten

(Embolie). Für Myomfälle, die mit Blutungen einhergehen, empfehle ich nochmals die oben befürworteten Blutuntersuchungen. Die Indikation zur Operation ist stets eine individuelle und wird von jedem gewissenhaften Operateur stets genau erwogen. Die Verantwortung des Arztes, der zu einer Operation rät, ist zwar groß, so glänzend auch die jetzigen Resultate durch die Fortschritte in der Technik sind,*) — groß oder größer ist aber dieselbe, sofern ein Arzt von einer Operation bez. einer rechtzeitigen energischen Behandlung der Blutungen etwa abrät! Hier ist ein ersprießliches Zusammenarbeiten von Praktiker und Spezialist sicherlich ebenso erwünscht, wie in der Frage der malignen Neubildungen.

Ueber die Röntgentherapie der Myome ist in neuerer Zeit eine erhebliche Literatur bereits angewachsen, über die ich kurz berichten möchte: Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf menstruelle Blutungen ebenso, wie auf solche bei Myomen, beruht auf der Tatsache, daß durch die Bestrahlung die Keimdrüsen zur Atrophie gebracht werden, und dadurch eine cessatio mensium eintritt. An Ovarien von Kaninchen ist durch Halberstädter, Specht u. A. nachgewiesen worden, daß 1. die Graaf'schen Follikel zerstört werden, 2. Degeneration der vorhandenen Primordialeier und Verringerung der Zahl derselben eintritt, 3. auch das interstitielle Ovarial-Parenchym geschädigt wird — somit Veränderungen im Follikelapparat und interstitiellen Gewebe sich abspielen. Foveau de Courmelles, (in Deutschland bereits 1904 Deutsch) hat 1906 die Röntgenstrahlen zu therapeutischen Zwecken benutzt, und zwar bei Myomen. Er beobachtete Verkleinerung der Myome, Verringerung der Blutung; der Erfolg war um so besser bei Frauen nahe den 40er Jahren, schon nach 5—6 Monaten (wöchentlich zwei Sitzungen zu 5—15 Minuten), bei solchen unter 40 Jahren war längere Zeit notwendig. Die therapeutische Anwendung ist neuerdings auch in Deutschland durchgeführt worden, zuerst wohl durch Deutsch, M. Fränkel, Albers-Schönberg, dann hauptsächlich von Krönig, Gauß, Menge, Späth, Matthäi, Döderlein, Fritsch, Veit, Franz u. A. Gauß empfahl dieselbe auf dem Moskauer Kongreß besonders bei hochgradiger Anämie, Herzstörungen und sekundärem Katarrh der Atmungsorgane. Bei 80 Myomfällen trat in 64% völlige Amenorrhöe ein, in 35% jedenfalls Abschwächung der Periode. Die Methode an sich ist langwierig und,

*) Vgl. u. a. Opitz, Münch. med. Woch. 1911/39. Sarwey, Arch. f. Gyn. Bd. 79.

was nicht zu unterschätzen, teuer, aber für ausgewählte Fälle doch immerhin zu beachten. Mißerfolge sind auch ihr nicht erspart geblieben; mehrere Todesfälle sind vorgekommen, von denen es aber zweifelhaft ist, ob sie der Röntgentherapie zur Last gelegt werden dürfen; in einem Falle handelte es sich um Verstärkung der Blutung bei submukösem Myom. Im allgemeinen warnt man auch bei entzündlichen Prozessen im Becken (Abel) vor der Röntgentherapie. Ebenso neuerdings bei Herzveränderungen (Schmidt)*) auf Grund eines letal verlaufenen Falles. Auf die Technik dieser Behandlung will ich nicht eingehen. Weitere Erfahrungen werden bei dem internationalen Gynäkologenkongreß in diesem Jahre mitgeteilt werden, so daß man sicherlich zu dieser Zeit einen besseren Überblick über die Tragweite, der für eine Reihe von Fällen sicherlich bedeutsamen Therapie gewinnen wird. Daß natürlich auch hier exakte Diagnose bei der Auswahl des Einzelfalles vorausgehen muß, liegt auf der Hand! Denn auch hier gilt der wichtige Lehrsatz: Keine Behandlung der Blutung ohne sichere Diagnose.

Sehr deutlich kam dieses auch bei der Diskussion gelegentlich des letzten Gynäkologenkongresses (1911 München) zum Ausdruck, ja manche wollen prinzipiell erst eine Probeausschabung vorausgehen lassen, ehe die Röntgentherapie in Anwendung kommt. Jedenfalls ist vor der Röntgenbestrahlung in jedem Falle eine exakte klinische Diagnose notwendig, ja unbedingte Voraussetzung für eine wirklich erfolgreiche Bestrahlung, dann werden auch Mißerfolge sich vermeiden lassen. Daher wird aber diese Behandlung nur Sache des Gynäkologen unbedingt bleiben müssen, der einzig und allein in der Lage ist, im Einzelfalle zu bestimmen, ob derselbe sich für diese besondere Art von Therapie eignet, nicht Sache des Röntgenologen! Es gibt eine Reihe von Kontraindikationen, die sich gelegentlich der Diskussion der Röntgentherapie speziell bei Myomen und bei Blutungen überhaupt ergeben haben: Vor allem der submuköse, polypöse Sitz des Myoms, Vereiterung des Myoms, Verjauchung, Raumbeschränkuug im Becken, Fieber bei Myomen, kystische und sarkomatöse Degeneration, teleangiektatische und lymphangiektatische Myome, Usur des peritonealen Überzugs, maligne Entartung oder Komplikation mit Karzinom, Entzündungen der Adnexe. Unkomplizierte präklimakterische Blutungen (bei sicherem Ausschluß maligner Neubildungen!) nach den 40er Jahren sowohl bei Uterusmyom als auch bei Metropathia hämorrhagika werden bis auf weiteres die Hauptindikation bleiben, während für Frauen unter 40 Jahren die Operation die größere Rolle spielen wird. Weitere Erfahrungen müssen natürlich noch gesammelt werden. Die Zeit ist auch viel zu kurz, um nach den bisherigen Fällen von einer „Dauerheilung" zu sprechen. Hüten wir

*) Vgl. Schmidt, Deutsche med. Wochenschr. 1911.

uns vor einem Enthusiasmus, dem wo möglich, ähnlich wie dem Apostolischen Verfahren, eine Enttäuschung folgen wird! Hüten wir uns aber auch davor, von vornherein diese neue und, wie es scheint, mit Verbesserung der Technik für ausgesuchte Fälle ungefährliche Therapie zu verwerfen. Denn es gibt doch Fälle, wo die Operation selbst mit der besten Technik eine Gefahr bedeutet, z. B. bei Myodegeneratio kordis und anderen Komplikationen. Warten wir also noch weitere Erfahrungen ab! Nicht angenehm ist, daß die Behandlung von recht langer Dauer und dabei auch recht kostspielig ist; vielleicht ist aber zu hoffen, wenn die größeren Krankenhäuser mit guten Apparaten ausgestattet werden, daß auch weniger Zahlungsfähigen dieser Fortschritt in der Therapie zu teil werden wird.*) Dabei erfordert sie eine große technische Fertigkeit, um Schädigungen zu vermeiden!!

Bezüglich des Karzinoma uteri kann ich mich kurz fassen: Ist die Diagnose gestellt, so ist die Überweisung in ein Krankenhaus behufs ausgiebiger Radikaloperation einzig und allein die richtigste Art der Behandlung. Auf die Art der Operation, die ja lediglich der Entscheidung des Operateurs anheim fällt, brauche ich aus naheliegenden Gründen nicht einzugehen. Hier mag die ernstliche Mahnung nur noch einmal betont werden: frühzeitige sichere Diagnose, zumal man bedenken muß, daß nach Olshausen von den Zervixkrebserkrankten bis jetzt nur 10 Proz. endgiltig gerettet wurden, während das Korpuskarzinom allgemein die bessere Prognose hat

*) Vergleiche Genaueres bei Reiferscheidt, Leipzig 1911. Fränkel, Berlin 1911, Verlag Schoetz. Döderlein, Monatsschr. f. Geburts. u. Gyn. 1911, April. Krönig u. Gauß, Münch. med. Wochenschr. 1910, No. 29. Albers-Schönberg, Verhandlgn. d. Röntgengesellschaft, Bd. 5. Verhandlgn. d. XVI. gyn. Kongresses (1911) München. Opitz, Münch. med. Wochschr. 1911, No. 29. Gauß, Zentralbl. für Gyn. 1911, Nr. 10. Zeitschrift f. ges. Therapie 1911, Nr. 5. v. Herff, Münch. med. Wochschr. 1912, Nr. 1 und Flatau, Bericht üb. Sitzung vom 11. XI. 1911 d. fränk. Gesellschaft f. Geburtsh. u. Gyn., der einen vorher mit Röntgenstrahlen behandelten Fall, doch noch operieren mußte (Totalexstirpation). Fraenkel, Reichsmedizinalanzeiger 1912, Nr. 7 u. 8. Monatsschr. f. Geb. 1912, Heft 3. Diskussion in der mittelrhein. Ges. f. Gyn. (ib. Gauß, Sellheim, Menge). Meidner, Therap. d. Gegenwart 1912, Januarheft. Döderlein, Münch. med. Woch. 1912/16. Eymer und Menge, Mtschr. f. Geb. 1912, Heft 3. Rob. Meyer, Z. f. Gyn. 1912/17.

bei rechtzeitiger Operation. Bezüglich der anderen malignen Neubildungen (Sarkome, Synzytioma malignum) gilt das gleiche natürlich.

Immerhin hat der Praktiker — leider nicht gerade selten — die unangenehme Aufgabe, die symptomatische Behandlung eines inoperablen Karzinoms oder bei Rezidiven zu übernehmen, wirklich eine Krux der ärztlichen Praxis. Es handelt sich dabei fast nur um Portio-, Zervix- oder Scheidenkarzinome. Drei Symptome sind es, die hier der Behandlung bedürfen: Blutung, Jauchung, Schmerz. Von diesen interessiert uns in diesem Zusammenhang lediglich die Blutung und zugleich die unangenehmste Beigabe: die Jauchung. Man stelle sich vor, in welch peinlicher Situation ein vielbeschäftigter Arzt sich befindet, der zugleich geburtshilfliche Praxis und kleine Chirurgie betreibt und dazu in der Sprechstunde oder im Privathause ein zerfallenes, jauchiges Karzinom zu behandeln hat. Welche Infektionsgefahr für die gesamte andere Tätigkeit! (Geburten!!)

Bekanntlich blutet es aus den reichlich entwickelten Kapillaren und kleinsten Gefäßen, deren Wandungen von den Krebszellen selbst gebildet werden, schon bei den geringsten Verletzungen recht stark; dazu kommen der fortschreitende Zerfall der Gewebe, die Zersetzung durch Saprophyten, die leichte Zerreißlichkeit der Gewebe, die fortwährende Sekretion. Die beste Art der Blutstillung wäre also, rein theoretisch betrachtet, ausgiebige Zerstörung der neugebildeten Krebsmassen, Beseitigung der Sekretion und der Jauchung, Behinderung der Stauung und Zersetzung der Sekrete. Und doch darf nicht jeder Fall so behandelt werden. Die infiltrierenden Karzinome, die weniger sezernieren, eignen sich gar nicht für eine Lokalbehandlung, während für die oberflächlich reichlich wuchernden Portio- und evertierenden Zervixkarzinome eine vorsichtige Lokalbehandlung eher am Platze sein kann.

Ist es zunächst Aufgabe, lediglich die Sekretion einzuschränken und die Jauchung zu bekämpfen, ohne daß eine Blutung besteht, so kann ich aus eigener

Erfahrung statt des vielgepriesenen Lysols, Lysoforms oder gar der Karbolspülungen als ausgezeichnetes Desodorans das offizinelle, zugleich billige, nicht ätzende Wasserstoffsuperoxyd (3 Eßlöffel auf 1 Liter Wasser, evtl. mit Zusatz von Borsäure, Alaun oder Alsol) empfehlen. Auch Eingießungen von reinem unverdünnten Wasserstoff oder des frisch aufgelösten Pergenols, das ja bei der Lösung Wasserstoff bildet, sind zweckmäßig. In einem Falle hat mir Azetonum purum, unter sehr exaktem Schutz der Scheidenwände im Röhrenspekulum eingegossen (etwa 2—3 mal in der Woche) sehr gute Dienste getan. Das Gewebe wurde, ähnlich wie bei Formalinanwendung, äußerst hart und derb. Die Sekretion wurde erheblich geringer. Küstner*) empfiehlt Glyzerin und Tannin ää 2—5 Eßlöffel auf ½ Liter Wasser) zu Spülungen. Zur Trockenbehandlung empfiehlt er Tannin oder dieses mit Salizylsäure ää; ich habe auch hier Pergenol mit Erfolg probiert.

Eine Lokalbehandlung mit beabsichtigter Verschorfung und nachfolgender Ätzung kann unter Umständen notwendig werden bei eintretender starker Blutung. Eine einmalige Tamponade mit Jodoform-, Vioform- oder Xeroformgaze, besser noch die blutstillende, nicht ätzende Ferripyrin- oder Styptizingaze ist natürlich nur ein einmaliger Notbehelf! Wiederholung derselben führt nur zu schwerer Infektion. Für die eigentliche Lokalbehandlung, das ist Verschorfung des Gewebes, sind ganz besondere Vorsichtsmaßregeln nötig und was ich besonders betonen möchte — eine richtige Auswahl des Einzelfalles: Narkose! Einstellen der Karzinommassen im Spekulum, am besten mit Holzplatten unter besonderem Schutz der noch gesunden Scheidenwände! Zur Abtragung der gewucherten Karzinommassen nehme man nie ein Messer, was ich besonders betonen möchte, sondern einen großen stumpfen breiten Simonschen

*) Vgl. Lehrbuch der Gynäkologie, Kap. XIV, S. 283 mit genauer Beschreibung der Therapie des inoperablen Karzinoms.

Löffel oder eine breite Abortkurette, man bedenke die Gefahr der Perforation der Nachbarorgane (Blase, Mastdarm). Sind die oberflächlichen Massen entfernt, wobei man sich auch einer breiten Schere bedienen kann und durch festes Andrücken von Jodoformgazebäuschchen die Blutung gestillt, so folgt die Verschorfung. Das beste Mittel dazu ist das Glüheisen! Nicht der Pacquelin, zumal der letztere sehr bald mit Blutgerinnsel und Gewebsfetzen bedeckt ist. Die Tiefenwirkung ist bei dem Glüheisen, deren man mehrere mit breiten Köpfen verwenden kann, eine erheblich bessere — am Anfang kann man auch mit Eiswasserwattebäuschchen tupfen. Steht die Blutung, so wird ein austrocknender Tampon (Jodoformgaze oder Borsäuretannintampon nach Fritsch) eingelegt. Die weitere Behandlung besteht darin, daß die Ausstoßung der verschorften Massen und die Granulationen des Wundtrichters befördert wird. Ich habe gerade zur nachfolgenden Austrocknung und Ätzung mit sehr gutem Erfolge die Zinkopyringaze verwendet, die in einem Falle, den ich seit $^3/_4$ Jahren beobachtete, eine ausgezeichnete Schrumpfung bewirkt hat, ohne Blutung und Jauchung. Die Gaze wird erst nach sechs oder acht Tagen eingelegt und bleibt 12—24 Stunden liegen. Alsdann habe ich sie entfernt unter Eingießen von reinem Wasserstoffsuperoxyd; dann ließ ich einfach Trockenbehandlung mit sterilem Bolus (Merck) folgen.

Von der Chlorzinkätzung bin ich, obwohl ich unter Löhlein einige recht gute Resultate sah, zurückgekommen. Die Tiefenwirkung auf das gesunde Gewebe läßt sich eben nicht kontrollieren.*)

Die eben nur flüchtig angedeutete Lokalbehandlung bei inoperablem Karzinom muß übrigens sorgfältig, wie jede andere Operation, ausgeführt werden und erfordert, kann man sagen, große spezialistische

*) Vgl. dazu Ehlers, Zeitschr. f. Gyn. u. Geb., Bd. 16; Löhlein, gynäkolog. Tagesfragen, Heft 3; v. Herff, Münch. med. Wochenschrift 1908; Boesch, Korresp.-Bl. f. Schweizer Ärzte 1910, No. 2.

Erfahrungen in der Auswahl der geeigneten Fälle und subtile Technik.

Leider ist ja in Fällen von wirklich inoperablem Karzinom jede Therapie nur ein Aufschub eines der fürchterlichsten qualvollsten Leiden, bei dem außer der Jauchung und Blutung noch die unerträglichen Schmerzen hinzukommen. Darum mache sich jeder Praktiker zum Grundsatz, verdächtige Fälle lieber nicht selbst zu behandeln und mit Ätzungen, blutender „Geschwüre, Erosionen" oder ähnlichen Dingen sich nicht abzugeben, sondern solche Fälle sofort spezialistischer Behandlung zuzuführen. Hoffentlich wird sich die Operabilitätsziffer des Karzinoms, bei dem die Frühoperation doch wohl die oberste Pflicht der Behandlung ist, mit den Jahren immer mehr heben, wenn erstens die Indolenz der Frauen gerade Blutungen gegenüber beseitigt wird, zweitens wenn die Frauen selbst, wie die Hebammen, die ja, was kein Vernünftiger leugnen wird, leider recht oft „zuerst" (auf dem Lande) gefragt werden, durch „Merkblätter" aufgeklärt werden, drittens wenn die Ärzte sich daran gewöhnen, die allgemeine Diagnose „klimakterische Blutungen" fallen zu lassen und dafür eine möglichst exakte spezielle Diagnose für den Einzelfall zu stellen suchen, durch digitale Untersuchung und genaue Untersuchung mit dem Spiegel, anstatt (ohne Untersuchung etwa!) eines der erwähnten internen Blutstillungsmittel zu verschreiben! Vielleicht läßt sich dann auch erreichen, daß die Frauen rechtzeitig in spezialistische Behandlung kommen und die Frühdiagnose früher gestellt wird, mithin auch die Frühoperation häufiger ausgeführt wird. Das gleiche gilt natürlich auch für das Sarkoma uteri, Chorion-Epitheliom und andere maligne Neubildungen des Genitalschlauches. Winter hat gerade auf diesen Punkt hingewiesen, der neben der Erweiterung der operativen Maßnahmen zur Besserung beitragen muß. Seine Anregungen, durch die er sich ein unbestreitbares, großes Verdienst um die Karzinomfrage erworben hat, sind allenthalben anerkannt worden von denen, die mit ihm den Kampf gegen dieses fürchter-

liche Leiden der Frauen aufzunehmen bestrebt sind, und werden hoffentlich erreichen, daß immer mehr Uteruskrebskranke frühzeitig und im günstigen Stadium zur Operation kommen. Die Dringlichkeit der Frühdiagnose muß in der Behandlung des Uteruskrebses obenan stehen*), natürlich gleichbedeutend mit sofortiger Überweisung zur Operation!!

Ob in der Behandlung des inoperablen Karzinoms die Lichtbestrahlung in Anwendung kommen dürfte, wird die Zukunft zeigen. Neuere Untersuchungen**) machen es wahrscheinlich, daß möglicher Weise eine Linderung der Schmerzen und der Absonderung erzielt werden kann. Die Fulguration hat nur Bedeutung für Karzinome der äußeren Genitalien, nicht für die innerlich sitzenden.

Fasse ich das Ergebnis der vorstehenden Betrachtungen, welche keineswegs den Anspruch auf Vollständigkeit haben sollen und nur das skizzieren, was der Praktiker eben tun und lassen kann, kurz zusammen, so steht in der Behandlung der gynäkologischen Blutungen durch den praktischen Arzt obenan eine exakte klinische Diagnose, unter gleichzeitiger Abwägung der Allgemeinsymptome. Von besonderer Bedeutung ist dies für die präklimakterischen Blutungen und solche im Klimakterium. Vor kritiklosen operativen und anderen Maßnahmen, seien es auch nur Ätzungen u. A., muß dringend gewarnt werden. Die Ursachen der Blutungen müssten jedem Arzte bekannt sein, so daß er in der Tat auch eine kausale Therapie durchführen kann. Dabei ist in Bezug auf hämostyptische Mittel vorsichtige Auswahl der anzuwendenden Präparate notwendig, in Bezug auf die Prophylaxe der Blutungen aber die Aufklärung über diese und jene hygienische Frage erforderlich. Soweit die Blutungen mit Geburt oder Fehlgeburt im Zusammenhang stehen, ist natürlich die diesbezügliche Prophylaxe und entsprechende Therapie am

*) Ich verweise auf die diesbezgl. Krebsmerkblätter der verschiedenen deutschen gynäkologischen Gesellschaften.

**) Vgl. Arendt, Berl. klin. Wochenschr. 1911, No. 8.

Platze, die, wie ausdrücklich betont wurde, im Zusammenhang der obigen gynäkologischen Blutungen eine besondere Besprechung nicht gefunden hatte. Befolgt der Praktiker die bezüglich der Diagnose und der Therapie ihm in seiner klinischen Ausbildung gegebenen Ratschläge, so wird ihm gewiß manche bittere Enttäuschung erspart bleiben. Vielleicht findet er in diesen Ausführungen einen Wegweiser hierzu.

Auszug aus der Pharmakopöa gynäkologika.*)

Acetonum purum 10.0 = 0.05 M.	zu Eingießungen im Röhrenspekulum bei inoperablem Karzinoma port., bez. zerv.
Acet. pyrolignosum crudum 100.0 = 0.10 M. roher Holzessig	zu adstringierenden Spülungen 1—2 Eßlöffel auf 1 Liter Wasser.
Acet. pyrolignosum rectificat. 100.0 = 0.15 M. gereinigter Holzessig.	do. oder zu Eingießungen im Spekulum (z. B. bei Erosionen oder Ektropium).
Acid. boricum 10.0. = 0.05 M.	zu Spülungen 30—40 g auf ein Liter Wasser.
Acid. carbol. liquefaktum 10.0 = 0.05 M.	nicht zur Desinfektion, wohl aber unverdünnt zur Ätzung im Spekulum.
Acid. nitric. fumans (rauchende Salpetersäure) 10.0 = 0.05 M.	zu Ätzungen im Spekulum z. B. bei inoperablem Karzinom.
Acid. salicylicum 10.0 = 0.10 M. 100.0 = 0.80 M.	zu adstringierenden Spülungen mit Alkohol, nach Fritsch Acid. salicyl. 30, Alkohol 300.0, davon 2 Eßlöffel auf 1 Liter Wasser.
Adrenalin. Solut. 0.1 = 0.05 M. 1.0 = 0.35 M.	im Handel als Lösung 1 : 1000, mit einem Zusatz von Kochsalz u. Chloreton, intern 5—10 Tropfen als hämostyptisches Mittel, sonst wie Suprarenin.

*) Nach Fritsch, Krankheiten der Frauen, 12. Aufl., 1910, S. 648 unter Zugrundelegung der Pharmakopöa germanika Ed. V, 1910 ergänzt. Die Preise sind bei den Mitteln angegeben, z. B. 0.15 M. = 15 Pf. M. = Mark.

Alsol (Aluminium acetico-tartaricum) 10.0 = 0.25 M. 100.0 = 1.25 M.	zu adstringierenden Spülungen; da schwer löslich, wird zweckmäßiger der Liquor Alsoli (45% Alsol enthaltend) mit Essigsäurezusatz verwendet. 500.0 = 2.50 M. Ich verschreibe es wie folgt: Alsol, Aq. ää 50.0, adde Acid. acetic. dilut. 2.0, Methylenblau q. s. ut fiat. solut. DS. 1 Kaffeelöffel in 1 Liter Wasser.
Alumen (Alaun) 100.0 = 0.15 M.	billigstes Adstringens, in 11 Teilen Wasser löslich; 10—30 g auf 1 Liter Wasser. Auch als styptisches Pulver mit Talkum. — Nach Fritsch zu Tampons zur Nachbehandlung nach der Ausschabung (Rp. Alaun 10.0, Borsäure 20.0, Glyzerin ad. 200.0 MDS. zu Tampons.)
Argentum nitricum (Höllenstein) 0.1 = 0.20 M.	zu Scheidenspülungen 1.0 : 1 Liter Wasser; Vorsicht bei Uterusspülungen!
Cornutinum citricum s. hydrochloric. 0.01 = 1.70 M.	Alkaloidpräparat des Sekale, in Wasser lösliches Pulver, auch in steriler Lösung in Röhrchen à 0.005; intern 0,005—0.01 für die Praxis zu teuer.
Ergotinol (Mutterkornpräparat) 1,0 = 1.35 M.	bräunliche Flüssigkeit. 1.0 = 0.5 Extr. Secalis cornut. 1.0 zur subkutanen Injektion.
Ergotinum s. Sekale	
Erystypticum „Roche“ 10.0 = 1.00 M.	internes Haemostypticum, Kombination von Extr. fluid. Hydrast. canadensis, Hydrastininum syntheticum „Roche“ und Secacornin „Roche“. 2—3 × täglich 20—30 Tropfen in Zuckerwasser, während der Periode.
Extract. Gossypii fl. (Extrakt d. Wurzelrinde v. Gossypium herbaceum). 10.0 = 0.50 M. 100.0 = 3.85 M.	2—3 × 1 Teelöffel in Zuckerwasser bei Meno- und Metrorrhagieen (während der Periode), oder in Verbindung mit Extr. Hydrast. u. Ergotin (Rp. Extr. Gossypii, Extr. fl. Hydrast., Ergotin ää 20,0, inspiss. in vacuo, adde Ergotin. 5.0 M. pilul N. 100. DS. täglich 6—10 (!) Pillen (nach Fritsch).
Extract. fl. Hydrastis canadensis (Fluidextrakt der Wurzel v. Hydrastis canadensis) 10.0 = 1.20 M.	25—30 Tropfen in Süßwein (wegen schlechten Geschmacks) 3—4 × täglich 5—8 Tage vor der Periode. Auch in Verbindung mit Ergotin.

Ferripyrin = Verbindung von Eisenchlorid und Antipyrin	in Form der Ferripygringaze oder -watte blutstillend z. B. für leicht blutende Erosionen, Hämostatikum (nur leicht ätzend) und Adstringens zugleich.
Formalin (Formol) (Formaldehyd. solutus) 40proz. wässerige Lösung 10.0 = 0.05 M. 100.0 = 0.35 M.	zu Ätzung der Uterusschleimhaut in alkoholischer Lösung (30 proz.).
Gelatina alba (Gelatine)	am sichersten in Form der 10 proz. Gelatina sterilisata Merck in zugeschmolzenen Glasröhrchen à 10 oder 40 g zur subkutanen Verwendung. Im übrigen kann Gelatine auch per os $^1/_2$—1 Eßlöffel gegeben werden, ebenso per rectum (100—200 ccm).
Hämostan = Verbindg. v. Hydrastis, Gossypium Hamamelis mit Chinin. (Wien, Austriaapotheke)	Vorschrift: Rp. Extr. fl. Hydrast, Extr. Gossyppi, Extr. Hamamelis ää 3.0, Chinin. muriat. 1.0 pulv. rad. Hydrastis 9.0. Mf. pil. No. 100. Mehrmals täglich 1—2 Pillen.
Hydrastininum hydrochloricum (Oxydationsprodukt des Hydrastin) 0.01 = 0.15 M. 0.1 = 1.15 M.	subkutan in 5—10proz. Lösung oder in Pillenform zu 0.01—0.03 (2 × täglich 1 Pille) bei der Periode (teuer!), neuerdings selten nur angewandt.
Hydrastininum hydrochloricum synthe-ticum „Bayer" Liquor H. 10.0 = 1.25 M. 25.0 = 2.50 M. Tabl. Hydr. 15 St. = 2.00 M.	Ganz neues Präparat Bayer & Co. entweder in Tropfenform (durch ein Korrigens schmackhafter als Extr. fl. Hydrastis!) zu 30—40 Tropfen in 1 Eßlöffel Zuckerwasser vor der Periode, die Tabletten à 0.025 zu 3—4 am Tage. Auch zur subkutanen Injektion (Hydrast. 0.1 : Aq. dest. ad 5.0. 6 Teilstriche einer Pravazspritze). Der bittere Geschmack des H. ist gut verdeckt.
Hydrastinum hydrochloricum 0.01 = 0.10 M.	selten angewandt. Wie oben.
Hydrogenium peroxydatum solut. offic. (Wasserstoffsuperoxyd 3 prozentig.) 100.0 = 0.20 M. 200.0 = 0.40 M. 500.0 = 0.80 M.	sehr gutes Antiseptikum u. Adstringens; zu Spülungen (am besten mit Alaun- oder Borsäure-Zusatz) 2 Eßlöffel in 1 Liter Wasser; ebenso rein zu Eingießungen im Spekulum bei Erosionen, Ektropium, Kolpitis, Karzinoma inoperabile. Stärker, aber teurer ist das 30 proz. Perhydrol

	Merck (10.0 = 1.05 M.), nur in frisch bereiteter Lösung (5—10proz.) zu Eingießungen im Spekulum (zu Spülungen zu teuer). Pergenol ist Wasserstoffsuperoxyd in fester Form (eine Verbindung von Natr. perboricum und Natr. bitartaric.) als Pulver. Zu Einblasungen oder in frisch bereiteter Lösung einzugießen, wobei sich frisches Wasserstoffsuperoxyd entwickelt.
Liquor Alsoli 500 = 2.50 M.	siehe oben Alsol. Zu adstringierenden Spülungen, 1 Kaffeelöffel auf 1 Liter Aq.
Liquor Ferri sesquichlorati (S. Ferr. sesquichlorat. solut.) 100.0 = 0.55 M.	nur zu Ätzungen der Uterusschleimhaut, am besten mit der Playfairsonde (nicht zur Einspritzung!) oder zu Eingießungen im Röhrenspekulum.
Mensan „Gude" (alkoholfreies Haselnußextr.) 1 Flasche = 3.00 M. ½ „ = 1.75 M.	Extrakt einer ausländischen Haselnußart, mit Glyzerin und invertiertem Zucker, 1 Eßlöffel (1. oder 2. Tag der Periode) innerlich gegen übermäßige menstruelle Uterusblutungen, besonders solche mit Dysmenorrhöe.
Mixtura sulfurica acida = (Haller'sches Sauer) 10.0 = 0.05 M.	5—15 Tropfen in Zuckerwasser oder in Mixtur 1—3 proz. (Eßlöffelweise) bei Menorrhagien und Metrorrhagien, jedoch ohne besondere Wirkung.
Pituitrin (Extrakt der Glandula pituitaria) (Infundibularer Teil der Hypophyse) 6 Ampullen à 0.5 = 3.05 M. 6 „ à 1.0 = 5.20 M.	1. Präparat Parke, Davis & Co., London, hauptsächlich als wehenerregendes Mittel, aber auch als gynäkologisches Styptikum; per os wenig zuverlässig. 2. Präparat Burroughs, Wellcome & Co., London unter dem Namen „Vaporol". 3. Präparat Hoffmann-La Roche, Basel-Grenzach unter dem Namen „Pituglandol" 1.0 = 0.1 des frischen infundibularen Teils der Drüse. In 10prozent. Lösung fertig in Ampullen.
Salipyrin-Riedel (chem. Verbindung von Antipyrin und Salizyl) 10 Tabl à 0.5 = 0.60 M. à 1.0 = 1.00 M.	pro dosi 2.0, pro die 6.0 bei Blutungen, zugleich bei Dysmenorrhöe empfohlen. 3 × tägl. 1.0.

Secacornin-Roche (Sterile Lösungder blutstillenden Alkaloide des Mutterkorns) 6 Ampullen = 2.40 M. 20 Tabletten = 1.00 M.	ausgezeichnetes, verbessertes (sozusagen giftfreies) Sekalepräparat: 1. zur subkutanen Injektion in zugeschmolzenen Glasphiolen, 2. in Tablettenform (während der Periode 2—4), 3. in Tropfenform (5—10—20 Tropfen je nach der Stärke der Blutung. 1.0 = 4 g Sekale.
Secale cornutum pulveratum 1.0 = 0.10 M.	in Pulverform (nur das frische Pulver zu benutzen. 0.25—1.0 mehrmals, in Pillenform oder als Dekokt (5.0) 200.0. Wird im allgemeinen schlecht vertragen, daher durch die Extrakte, sowie das Secacornin zu ersetzen.
Secalis cornuti Extractum (Ergotinum) 1.00 1.95 M.	Dickes in Wasser lösliches Extrakt, zu Pillen, auch in Suppositorienform (0.25—0.5). Als Ergotinum werden die wässerigen und einige nicht wässerige Mutterkornextrakte bezeichnet. Zur Injektion ungeeignet, da Anschwellung und Schmerzhaftigkeit der Injektionsstelle folgt.
Secalis cornuti Extr. dialysat. 10.0 = 1.20	wässeriges Extrakt; durch Diffusion von anderen organischen Bestandteilen gereinigt; sehr haltbar ist das Präparat Golaz & Co.; innerlich 20 Tropfen mehrmals. Auch subkutan.
Sec. cornuti Extr. fluidum, Fluidextrakt 10.0 = 0.30 M.	innerlich 10 - 20—30 Tropfen. Zur subkutanen Injektion gleichfalls ungeeignet!! Ergotinum Bombelon = Kornutinum ergoticum, braune Flüssigkeit, sehr wirksames Ergotinpräparat. 5—10 Tropfen 3—5 × bei Blutungen, auch subkutan. Ergotinum Fromme = flüßiges Extrakt, in Tropfenform oder mit Aq. Zinnamomi.
Styptase chem. Fabrik Ebenau-München.	Verbindung von tannin-chlorsaurem Kalzium mit Hamamelis, Fluoraten, als flüssige Arznei (3 × täglich 1—2 Kaffeelöffel) oder in Tabletten (3 × 1—2 Tabl.), neues Hämostyptikum für Blutungen jeder Art, auch uteriner.
Stypticin(-Cotarninum hydrochloricum) 0.01 = 0.05 0.1 = 1.15	in Form der gelben Merck'schen Tabletten 0.05 vor und während der Periode (2—4—6 pro die). Auch subkutan (0.1—0.2). als Styptizinwatte und -gaze zu Einlagen im Spekulum.

Styptol(-Cotarninum phthalicum) 20 Tabletten = 1.00 M.	in Form der roten Tabletten (Knoll & Co.) wie Styptizin (0.05).
Suprareninum hydrochloricum syntheticum = Adrenalin	s. oben
Suprareninum hydrochloricum naturale 0.001 = 0.15 M. 0.01 = 1.05 M.	Suprarenin-Kochsalz-Phiolen nach Dr. Neu. Sehr gut haltbar in der Herstellung von G. Pohl, Fabrik pharmaz. Präparate, Schönbrunn bei Danzig.
Tinctura Jodi 10.0 = 0.25 M.	zur Ätzung der Uterusschleimhaut, am besten in Form der Playfairsonde, nicht als Einspritzung!
Tinctura hämostyptica Denzel 10.0 = 0.25 M. 100.0 = 1.50 M.	Originalpräparat Denzel-Tübingen. Sehr gut bekömmliches Sekalepräparat. 1 Eßlöffel = 1.0 Sekale. Je nach Stärke der Blutung bei der Periode, 2—3 × ½—1 Eßlöffel.
Tinctura Secalis cornuti 10.0 = 0.15 M.	15—20 Tropfen mehrmals, zweckmäßig mit Tinct. Zinnamomi. NB. Die Sekaledekokte und Pulver sind gänzlich verdrängt durch die erwähnten haltbaren Ergotinpräparate.
Zincum chloratum (= Chlorzink) 10.0 = 0.05 M.	zu Spülungen nur sehr verdünnt anwenden! Bei inoperablem Karzinom zur Ätzung (unter Schutz der Scheidenschleimhaut durch Vaselin oder Paraffin) mit Aqua ää. Selten angewandt. Cave: Anwendung der Chlorzinkstifte (Dumontpallier)!!
Zinkopyrin (= Verbindung von Chlorzink und Antipyrin) 2 m Gaze = 1.00 M.	in Form von Gaze mit 40 proz. Zinkopyringehalt bei inoperablem Karzinom als Ätzmittel. (Knoll & Co., Ludwigshafen.)

P. P.

Die vorstehende Arbeit, die zuerst in unserer Zeitschrift: **Der Frauen-Arzt** erschienen ist, gibt Ihnen ein treffendes Bild der Bestrebungen desselben. Das Ziel dieses Blattes ist und wird bleiben, dem beschäftigten Praktiker — sowohl dem sich für Geburtshilfe und Gynäkologie besonders interessierenden praktischen Arzt, wie auch dem Spezialisten — durch gediegene Originalartikel, die einerseits aktuelle Fragen dieser Spezialwissenschaft behandeln und andererseits lehrreiche Fälle aus und für die Praxis zu bringen, ein Bild des jeweiligen Standes dieser Spezialwissenschaft zu geben und daneben auch durch sorgfältige Referate und Rezensionen demselben das Bekanntwerden mit den neuesten Errungenschaften und Erscheinungen in dem Gebiete der Gynäkologie und Geburtshilfe und verwandter Zweige wesentlich zu erleichtern. Ebenso dürften die in den praktischen Mitteilungen meist angeführten Besprechungen neuer Arzneimittel und sonstiger vorwiegend praktischer Neuerungen Vielen recht willkommen sein.

Nachstehend führen wir einige Arbeiten auf, die in letzter Zeit im Frauen-Arzt veröffentlicht wurden und werden Sie erstens ersehen, daß die namhaftesten Fachgelehrten sich durch Mitarbeit an der Herausgabe beteiligen und zweitens, daß derselbe auch Ihnen wirklich Brauchbares bietet.

Baumm, Direktor der Hebammenschule Breslau, Die Indikation der Nierendekapsulation bei Eklampsie. Mit 15 Kurven. S. 146–157.

Birnbaum, Prof. Dr. Rich., Zur Therapie der nervösen Polakurie (Kystospasmus autorum). S. 50—56.

Bornstein, Zahnarzt, Die Behandlung der Zähne bei Schwangeren. S. 166—168.

Ebeler, Dr. Fritz, Ass.-Arzt, Mentoposteriore Stirnlagen. Mit 1 Abbildung. S. 55—61.

Franqué, Prof. Dr. med. von, Über komplette und zentrale Dammrisse und ihre Behandlung. S. 386—394.
Fromme, Prof. Dr. med. Friedrich, Berlin, Über Nachgeburtsblutungen und ihre Therapie. S. 4—15.
Jaeger, Oberarzt Dr. Oskar, Über Schädigungen von Mutter und Kind nach Salvarsanbehandlungen der Mutter in den letzten Monaten der Schwangerschaft. S. 338—342.
Kermauner, Priv.-Doz. Dr. Fr., Wien, Die Nierenbeckenentzündung in der Schwangerschaft. S. 194—197.
Kroemer, Prof. Dr. P., Greifswald, Die Korpusamputation als typisches Sterilisationsverfahren bei Tuberkulose. S. 98—102.
Lieven, Assist.-Arzt Dr. F., Über Inversio uteri puerperalis. S. 530—532.
Martin, Geh. Med.-R. Prof. Dr. A., Schwangerschaft und Tuberkulose. S. 2—4.
Orthmann, San.-R. Dr., Berlin, Zur Behandlnng der Hämatocele bei Tubenschwangerschaft. S. 435—449.
Rißmann, Direktor Dr. P., Osnabrück, Über die Naht der komplizierten, vollständigen Dammrisse. S. 490—491.
Rothschild, Assist.-Arzt Dr. Jul., Breslau, Die Anwendung der Naegele'schen Kopfzange am Beckenende. S. 50 54.
Staude, Dr. med. C., Hamburg, Zur Schwangerschaft in einem Uterusdivertikel. Mit 3 Abbildungen. S. 3—12.
Thorn, Prof. Dr., Magdeburg, Die Verwendung des Doléris'schen Verfahrens der ventralen Einpflanzung und Verkürzung der Ligamenta rotunda bei der Operation großer Prolapse und fixierter Retroflexionen. S. 482—489.
—, Therapie retinierter Eiteile. S. 89—112.
Schürmann, Dr. E., Barmen, Nochmals zur Gazeausstopfung des kleinen Beckens nach abdominalen Karzinomoperationen. S. 252—255.
Sellheim, Prof. Dr. med. Hugo, Die Tuberkulose in Gynäkologie und Geburtshilfe. S. 242—252.
Voigt, Dir. J., Göttingen, Über Probelaparotomien. S. 290—299.
u. s. w. u. s. w.

Wir laden auch Sie hierdurch zum Abonnement ein. Sollte Ihnen die Zeitschrift noch nicht genügend bekannt sein, so sind wir bereit, Ihnen auch einige Probehefte zur näheren Prüfung zu senden und bitten wir diese auf der diesem Heft beiliegenden Bestellkarte zu verlangen.

Benno Konegen Verlag, Leipzig.

Aerzte
und
Patienten
mit Röntgenstrahlen durchleuchtet

von

einem praktischen Arzte.

Indocti discant,
et ament meminisse periti.
(Laien die mögen hier lernen,
und Kenner sich freuen der
Erinnerung.)

Preis: geheftet 5.— Mk.; gebunden 6.— Mk.

Dieses Buch bietet Skizzen über die Leiden und Freuden, Tugenden und Fehler, Fährnisse und Enttäuschungen des Arztes, nicht immer ganz naturgetreu, aber dafür gewürzt durch leicht satirischen Humor und manchmal durchzogen von etwas Schwermut. Es will durch Erziehung zur Selbsterkenntnis das Verhältnis der Ärzte untereinander und zu den Patienten bessern helfen.

Kritik: Goldene Worte über und für Ärzte und Patienten, für alte und junge! — Man sieht ihn ordentlich vor sich, den ehrlichen und charakterfesten, derben und wetterharten, knorrigen, manchmal etwas ruppigen, doch durch und durch edlen und liebenswürdigen alten Herrn, wie er nach einem schweren Arbeitstage schmunzelnd, die lange Pfeife im Munde, seelenvergnügt in seinem wohlig behaglichen Studierzimmer über seinem Manuskripte sitzt . . . . .

Zu beziehen — auch zur Ansicht — durch jede Buchhandlung oder vom Verlag.

Benno Konegen Verlag, Leipzig.

Soeben erschien:

A B C
der
landärztlichen Praxis

Versuch eines
Leitfadens der Taktik und Praktik
für Land- und Kleinstadtärzte

Aus eigener und langjähriger Erfahrung mehrerer Kollegen

herausgeschrieben von * * *

In II. Auflage besorgt
von

Dr. med. Meyer, Bernstadt i. S.

Preis: geheftet 4.— Mk.; gebunden 5.— Mk.

Der Titel „A B C“ soll nicht bedeuten, daß das Büchlein ein förmliches Nachschlagebuch für alle und jede Frage im ärztlichen Leben sei — dazu ist der zur Verfügung stehende Raum viel zu beschränkt —, aber es soll in alphabetischer Reihenfolge das wichtigste bringen, was für den ärztlichen Anfänger Interesse und für den langjährigen Praktiker Bestätigung seiner vielen Erfahrungen bietet.

Korrespondenzblatt d. Großh. Hessen, 1911, 4. . . . . es ist ein ganz originelles Büchlein . . . . . .

Rundschau, ärztliche, 1910, 44. . . . . Ein durchaus gelungener Versuch, den Land- und Kleinstadtärzten in wirtschaftlichen und praktischen Fragen ein Führer zu sein.

Bayrisch. ärztl. Correspondenzblatt, 1910, 18. . . . . auf Grund reicher Erfahrung gibt der Verfasser besonders für den die Landpraxis ausübenden Arzt wertvolle Mitteilungen und beachtenswerte Winke.

Zu beziehen — auch zur Ansicht — durch jede Buchhandlung oder vom Verlag.

Druck von A. Pabst in Königsbrück.

Bücher-Verzeichnis

der Firma

Benno Konegen Verlag

(Gegründet: 1. Oktober 1884 in Zwickau i. Sa.)

in

Leipzig

21 Reudnitzerstrasse 21.

Telegramm-Adresse:
Konegen-Leipzig.

Fernsprecher:
No. 10233.

Bank-Konto:
Privatbank zu Gotha, Filiale Leipzig.

Abdominaltyphus.

Jez, Dr., Serumbehandlung des Abdominaltyphus. 8° (12 S.) 1905. *M. 1.—

Klatt, Dr. Hans. Über die ätiologische Diagnose und Therapie d s Abdominaltyphus. 8° (65 S.) 1906. M. 1 —

Kinder-Arzt: Der Verfasser dieser sehr inhaltsvollen Schrift plädiert mit Recht dafür, dass für den praktischen Arzt die Beobachtung am Krankenbette für die Diagnose Typhus ausschlaggebend bleiben wird und kann. Jeder Arzt wird mit Interesse und Nutzen das sehr empfehlenswerte Büchlein lesen. (Burwinkel-Nauheim.)

Abort.

Kleinwächter, Prof. Dr. Ludw., Über die Technik der Einleitung des Abortes. gr. 8° (7 S.) 1899. (vergriffen, siehe nächsten Titel). M. 1.—

Kleinwächter, Prof. Dr. Ludw., Die Therapie des spontanen und artifiziellen Abortus. gr. 8° (III u. 53 S.) 1906. M. 1.—

Reichs-Medizinal-Anzeiger: . . . Die kleine Monographie ist für jeden praktischen Arzt sehr wichtig und lehrreich. (Schmey-Beuthen.)

Lange, Prof. Dr. M., Über Behandlung des drohenden Abortes. gr. 8° (7 S.) 1907. *M. 1.—

Alkohol.

Engelmann, Dr. Rob, Das Hopfengift im Biere. Wissenschaftlich, doch allgemein verständlich für Aerzte, Konsumenten und Brauer bearbeitet. gr. 8° (20 S.) 1892. M. —.40

Allgemeine medizinische Centralzeitung 1893, Nr. 3: . . . ist die Broschüre gut geschrieben; wenn Ref. sich auch kein eigenes Urteil über die Richtigkeit des vom Verf. Behaupteten erlauben will, so hält er doch den Gegenstand für wichtig genug, um das Schriftchen der Beachtung der beteiligten Kreise zu empfehlen.

Sonnenberger, Dr. M., Die Einwirkung von Wein und Bier auf unsere Kinder. gr. 8° (4 S.) 1893. *M. 1.—

Stoll, Dr. Hans, Alkohol und Kaffee in ihrer Wirkung auf Herzleiden und nervöse Störungen. 2. umgearb. Aufl. 8° (29 S.) 1805. M. 0.50

Angina.

Leuwer, Dr. Carl, Über Angina Plaut-Vincenti. 8° (4 S.) 1908. M. 1.—

Antipyretika.

Goliner, Dr. J., Zur therapeutischen Wirkung kleiner Chinindosen. gr. 8° (4 S.) 1892. *M. 0.15

Goliner, Dr. J., Beitrag zur Wirkung des Apolysins. gr. 8° (2 S.) 1897. *M. 1.—

Löbl, Dr. S., Allgemeines und Spezielles über Pyrenol. 8° (4 S.) 1909. *M. 1.—

Antiseptika.

Gilbert, Dr. W. H., Betrachtungen über Europhen. gr. 8 (5 S.) 1892. *M. 1.—

Sonnenberger, Dr., Das Nosophen und seine Verbindungen. gr. 8° (3 S.) 1896. *M. 1.—

Weissmann, Dr., Ueber vierzehnjährige Erfahrungen mit Ichthyol. 8° (8 S.) 1908. *M. 1.—

Zander, Assist.-Arzt Dr. Geo, Ueber die Anwendung des Thiols bei Frauenkrankheiten. gr. 8° (4 S.) 1899. *M. 1.—

Appendizitis.

Katschi, Dr. J. L., Die zunehmende Appendizitis und Maya-Yoghurt als Prophylaktikum. 8° (8 S.). *M. 1.—

Arsen.

Weigl, Dr. Jos., Das Arsen und seine therapeutische Verwendung. 8° (35 S.) 1908. M. 0.80

Arzneimittel, neue.

Lüders, Dr. Rich., Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung bearbeitet unter gefl. Mitwirkung von Dr. med. W. Thom, Düsseldorf. Mit zahlreichen Rezepten, praktischen Anleitungen und Illustrationen im Text unter besonderer Berücksichtigung der in- und ausländischen Literatur.

Preis: geh. M. 15.—, gebd. M. 16.50

Deutsche medizin. Presse: Dem Dr. Lüders, dem offenbar der Löwenanteil an dieser Arbeit zufiel, ferner dem Dr. med. W. Thom und nicht zum mindesten dem Verleger kann man für diese Bereicherung der Arzneimittellehre nicht dankbar genug sein.

Allgem. Wiener med. Zeitung: . . . so dass das Buch eine vollständige Darstellung der pharmakologischen Behelfe für den Arzt bildet, ein Nachschlagebuch, aus dem er ohne Zeitverlust verlässliche Aufklärung schöpfen kann. . . . In dieser Hinsicht unterscheidet sich das Werk vorteilhaft von ähnlichen Büchern und man muss zugestehen, dass die Belehrungen und Auskünfte über die neuen Arzneimittel so

ausführlich sind, wie es im Interesse des behandelnden Stoffes sich als zweckmässig herausstellte. Durch die wirklich erschöpfend angeführten Daten in den Rubriken Pharmakologisches, Indikationen, Dosierung, Bezugsquelle ist das Buch auf den Umfang von über 900 Seiten angewachsen.

Allgem. österr. Chemiker- u. Techniker-Ztg. Das Werk ist den beteiligten Kreisen bestens zu empfehlen.

Drogisten-Woche: Das Buch ist doppelt wertvoll, denn der Praktiker vermag sich schnell zu orientieren.

Deutsche med. Presse: Gründlichkeit, Exaktheit und treffliche Anordnung sind die Hauptvorzüge des Werkes.

Ärzte siehe auch Praxis.

Ärzte und Patienten, mit Röntgenstrahlen durchleuchtet von einem praktischen Arzte. 8°. (VIII u. 238 S.)
Geh. M. 5.—; gebunden M. 6.—

Ein Lesebuch für Ärzte und Patienten. Jeder Arzt, jeder Patient wird sich auf irgend einer Seite dieses Buches finden und dazu freundlich schmunzeln oder entrüstet tun, je nachdem er sich unter den Guten oder Bösen entdeckt.

Repertorium d. prakt. Medizin: Es liegt eines jener Bücher vor uns, die dem praktischen Arzt — gerade weil ihm alles so bekannt vorkommt, nur zur Lektüre empfohlen werden können. Neben die ähnlichen Werke von Scholz, Ughetti u. a. kann die vorliegende Schrift ruhig gestellt werden. Es ist ein lobenswertes Beginnen, wenn der Autor sagt, er wolle in erster Reihe für den einfachen praktischen Arzt eintreten, die sonst nichts sind als praktische Ärzte ohne Titel und Würden, die getreu ihre Pflicht tun in aufopfernder Weise unter den ungünstigsten Verhältnissen, ohne Anerkennung von irgend einer Seite usw. Der Praktiker wird mit Genuss das Buch zur Hand nehmen.
R.

Reichs-Med.-Anzeiger: Solche Bücher müssen wir lesen und weiter empfehlen.
Sommer-Mayen.

Auge.

Békéss, Dr. A., Augen- und Bahnarzt. Die Prüfung des Sehorganes beim Eisenbahn- und Dampfschiffpersonale. Mit 4 Abbildungen und 3 Taf. gr. 8° (178 S.) 1908. M. 6.—

Die Arbeit will den Bahnärzten und solchen, die eine solche Stelle erstreben, als Leitfaden dienen, aus welchem sie sich ohne erst Spezialwerke studieren zu müssen, rasch orientieren und instruieren können.

Ohlemann, San.-R. Dr., Einiges über konstitutionelle Erkrankungen und Augenleiden. gr. 8°. (27 S.) 1905. M. —.60

Plaschke, Olga, Vom wiedergewonnenen Augenlicht. Aus eigenen Erlebnissen. Dem Andenken Julius Jacobsons zur Feier des 25jährigen Bestehens der Königsberger Universitäts-Augenklinik 1877 bis 25. Mai 1902. gr. 8° (132 S.) 1902. M. 2.50

Statt jeder Empfehlung dieses interessanten Buches folgt nachstehend der Auszug eines Briefes des Herrn Dr. med. Hauptmann, Augenarzt des hessischen Diakonissenhauses und des Landkrankenhauses in Kassel, dem das Manuskript vorgelegen hat, „ — es handelt sich um die Schilderung eines Falles von vollständig zur Heilung gebrachter Netzhautablösung. Der Fall ist als seltene Tatsache in ophthalmologischen Kreisen nicht unbekannt, weil er sich hier und da erwähnt findet (vergl. Jacobson, Briefe an Fachgenossen, Königsberg i. Pr., 1894, S. 50), ist aber niemals zur Besprechung gekommen. Die Patientin nun hat es unternommen, ihr Leiden und deren Heilung selbst zu schildern, aber nicht in trockener Aufzählung von Beobachtungen und Heilverfahren, sondern in lebhafter, fesselnder Erzählung, bei welcher im Mittelpunkt Jacobsons Persönlichkeit steht — der Königsberger Professor der Augenheilkunde und Direktor der Universitätsaugenklinik, nebst Albrecht von Gräfe, dem er in Freundschaft verbunden war, wohl der erste unter den deutschen Augenärzten, dabei einer der edelsten und besten Menschen. Jacobson war in Ostpreussen eine der populärsten Persönlichkeiten, verehrt und geliebt in allen Kreisen, vom Palast bis zur Hütte. Das Werkchen dürfte gerade dort, namentlich in Königsberg, auf Beachtung rechnen können. Aber auch andererseits wird es Interesse erregen, in Ärzte-, wie in Laienkreisen. Sehr anziehend ist die Schilderung des klinischen Lebens."

Badezusätze, künstliche Bäder usw.

Adam-Flinsberg, Dr., Die Fichtenrinde und ihr Wert in medizinisch-balneologischer Beziehung. 8° (12 S.) 1893. *M. —.40

Boltenstern, Dr. v., Über Kohlensäurebäder. 8° (8 S.) 1908. *M. 1.—

Kühner, Dr. A., Die Koniferen-Präparate, insbesondere Fichtennadelbäder, ihre Bedeutung für Hygiene und Therapie. 8° (7 S.) 1908. *M. 1.—

Rudeck, Über Exelsin, (Dipentenylglycolsalicin) ein neues Arzneimittel aus unseren heimischen Fichtenbäumen, besonders aus der picea exelsa. gr. 8° (4 S.) 1893. *M. 1.—

Winckler, San.-Rat, Dr. A., königl. dirig. Brunnenarzt, Was ist von künstlichen kohlensauren Bädern zu halten? gr. 4° (2 S.) 1897. *M. 1.—

Balneologie.

Centralblatt, balneologisches. Zeitschrift für die gesamten Interessen der Balneotherapie, Hydrotherapie, Massage, Bäderhygiene, Heilgymnastik und Diätik. Offizielles Organ des Allgemeinen deutschen Bäderverbandes. Hrsg. v. dirig. Arzt Dr. Frz. C. Müller. I. und II. Jahrgang, Oktober 1890 bis September 1892, (nicht weiter erschienen) statt à Jahrgang *M. 10.— nur 6.—, beide zusamm. 10.—, einzelne Nrn. M. —.50

Zu beziehen — auch zur Ansicht, falls nicht ein *

Deichmüller, Kreisphysik. Dr., Über Moor und Moorbäder. 8° (7 S.) 1892. (Vergriffen.) M. —.30

Forchheimer, Dr. Leo., Die Nenndorfer Schwefelseife. 8° (4 S.) 1901. *M. 1.—

Frey, Dr. A. und Gilbert, Dr. W. H., Bericht über das 3. Betriebsjahr 1891 des Sanatoriums Baden-Baden. gr. 8° (4 S.) 1892. *M. —.20

Fürst, San.-Rat Dr. L., Eine bisher wenig beachtete Anwendungsweise natürl. Bitterwassers beim Kinde. gr. 8° (8 S.) 1897. *M. 1.—

Gilbert, Dr. W., Die Heilwirkung der Badener Kurmittel bei Kriegsverwundeten. 8° (8 S.) 1900. *M. 1.—

Gilbert, Dr. W., Über Hunyadi János Bitterwasser. 8° (4 S.) 1894. *M. —.60

Gmelin, Dr., Pädiatrische Erfolge an der Nordsee. gr. 8° (8 S.) 1906. *M. 1.—

Guttmann, Dr. E., Brunnenkuren im Hause. 8° (14 S.) 1895. *M. 1.—

Helmkampff, San.-Rat Dr. H., Die Salzquelle und die Moorbäder von Bad Elster bei den Retardationen des Stoffwechsels. 8° (8 S.) 1895. *M. 1.—

Helmkampff, San.-Rat Dr H., Moor und Moorbäder. Theorie und Praxis. gr. 8° (III, 108 S.) 1903. M. 2.80

Mitteilungen des Vereins zur Förderung der Moorkultur: Jedem der ein wissenschaftliches und praktisches Interesse an Moorbädern hat, kann die kleine Schrift nur empfohlen werden.

Centralblatt f. innere Medizin: Allen denen, die sich über Theorie und Praxis der Moorbäder orientieren wollen, kann diese kleine Arbeit, welche mit wohltuender Objektivität geschrieben ist, warm empfohlen werden. Die tatsächlichen Wirkungen sind gut betont, irrige Vorstellungen scharf zurückgewiesen. Ein Verzeichnis der deutschen, österreichischen und Schweizer Moorbäder bildet den Schluss.

(F. Jessen-Hamburg.)

Hennig, San.-Rat Dr. A., Heilwert des Ostseebades Cranz bei Frauenkrankheiten. gr. 8° (5 S.) 1909. *M. 1.—

Hennig, San.-Rat Dr. A., Der Einfluss der Deutschen Meere (Ost- und Nordsee) auf die Tuberkulose der oberen Luftwege. 8° (16 S.) 1908. *M. 1.—

Jez, Gemeinde- und Badearzt Dr. V., Mitterbadwasser u. seine Anwendung in verschiedenen Erkrankungen. gr. 4° (4 S.) 1890. *M. 1.—

Kraner, Dr. J., Badearzt, Balneologischer Jahresbericht über das Ostseebad Misdroy für die Saison 1890. gr. 8° (16 S.) 1891. *M. —.50

vor dem Preis steht — durch jede Buchhandlung.

Kraner, Dr. J., Badearzt, — über die Saison 1891. gr. 8° (16 S.) 1892. *M. —.50

Kruse, San.-Rat Dr. E., Über die Beschaffenheit der Nordseeluft. gr. 8° (5 S.) 1892. *M. —.30

Krynica, d. k. k. Kurort. Zur hundertjährigen Feier seines Bestandes von Dr. H. F. 8° (8 S.) 1894. *M. —.60

Lindemann, Dr. E., Bericht über die konstituierende Versammlung des Allgemeinen Deutschen Bäderverbandes (23. April 1892 zu Leipzig. gr. 8° (8 S.) 1892. *M. 1.—

Lindemann, Dr. E., Das Seeklima. Die Eigenschaften und physiologischen Wirkungen desselben, durch eigne Beobachtungen erläutert. gr. 8° (32 S. m. Fig.) 1892. M. —.80

Therapeut. Monatshefte, 1893, Heft 7. Ref. Reunert-Hamburg: Den Schluss der kleinen sehr lesenswerten Broschüre bilden einige klimatologisch-therapeutische Beobachtungen.

Loebel, Dr. A., Ein Kapitel moderner Balneotechnik im Lichte der neueren Mineralquellen- und Bäderforschung. gr. 8° (63 S.) 1906. M. 1.80

Frauen-Arzt: Im Vorliegenden wird das Bad Dorna am Fusse der Karpathen genau nach seiner Anlage beschrieben und durch Bilder werden uns seine Vorzüge und Schönheiten klar vors Auge gestellt . . .

Loebel, Dr. A., Ein vortragender Rat als Balneolog. Denkschrift für Ministerialrat Friedrich von Wazl. kl. 8° (III 33 S.) 1906. M. —.50

Loebel, Dr. A., Wirkungen der Kohlensäure- und Moorbäder. gr. 8° (57 S.) 1906. M. 1.60,

Mineralquellen-Zeitung: Die Form der Darstellung ist eine klare die Diktion eine eindringliche und überzeugende. Man hat den Eindruck, dass das Thema von einer vollbeherrschenden Autorität behandelt wurde.

Schider, San.-Rat Dr. Ed., Bad Gastein. 12° (10 S.) 1892. *M. —.30

Schütze, Dr. C., Die physikalischen Heilmethoden und die sogen. Naturheilkunde. gr. 8° (8 S.) 1893. *M. 1.—

Schütze, Dr. C., Wasser und Medizin in der ärztlichen Kunst. 8° (16 S.) 1896. *M. 1.—

Silberstein, Dr. James, Über die neuerbohrte Glaubersalzquelle in Hersfeld. 8° (16 S.) 1906. *M. 1.—

Basedow'sche Krankheit.

Brandenburg, Dr. G., Die Basedow'sche Krankheit. 8° (136 S.) 1894. M. 3.60

Centralblatt für Nervenheilkunde: . . . Die Schrift ist gut durchgearbeitet, zeugt von vielem Fleiss und kritischer Urteilskraft.
(Buschan-Stettin.)

Zu beziehen — auch zur Ansicht, falls nicht ein *

Ärztliche Rundschau: Die vorliegende Arbeit des Trierer Augenarztes . . ., bietet so viel Gesichtspunkte, dass ihre Drucklegung eine wohlverdiente . . . Die ganze Arbeit legt von dem Fleiss und dem ernsten wissenschaftlichen Streben des Verf.'s ein beredtes Zeugnis ab.

Jahrbuch f. Kinderheilkunde: Das von Fleiss und eingehendem Studium zeugende Werk verdient weiteren Kreisen bekannt zu werden. (Grein.)

Freudenberg, Dr. Frz., Ein Fall von Morbus Basedow, behandelt mit Antithyreoidin (Möbius). gr. 8° (12 S.) 1906. *M. 1.—

Morré, Dr. H., Zwei Fälle von Morbus Basedowii. 8° (4 S.) 1905. *M. 1.—

Beinleiden.

Brann, Dr. med. N., Zur Therapie sogenannter chronischer Beinleiden. 8° (4 S.) 1907. *M. 1.—

Bier siehe Alkohol.

Blinddarm siehe Appendizitis.

Blutnachweis.

Clemens, Prof. Dr. Clemens, Methoden und Bedeutung des Nachweises von Blut im Stuhle. 8° (4 S.) 1909. *M. 1.—

Bücherkunde.

Literatur, medizinische. Ein Verzeichnis der neuesten deutschen und ausländischen Erscheinungen auf dem Gebiete der gesamten Medizin (einschliesslich der Dissertationen) nebst kritischen Besprechungen. 1.—9. Jahrg. 1900—1909. gr. 8° (zu je 13 Nrn. [2 Bog.] und ausführlichem Schlagwortregister. 32 S.) je *M. 2.—

Chirurgie.

Morré, Dr., Moderne Chirurgie in amerikanischer Beleuchtung. 8° (8 S.) 1905. *M. 1.—

Starck, Prof. Dr. Hugo, Neurologie und Chirurgie. gr. 8° (24 S.) 1905. M. —.60

Chorea siehe Nerven.

Darm.

Fürst, San.-Rat Dr., Über gutartige und suspekte Hyperplasie der Mesenterialdrüsen. Lex. 8° (4 S.) 1904. *M. 1.—

Goldmann, Dr. J. Arnold, Die Darmerkrankungen und ihre Behandlung mit „Honthin". gr. 8° (8 S.) 1901. *M. 1.—

Goliner, Zur Behandlung der Magendarmaffektionen im Kindesalter. gr. 8° (3 S.) 1902. *M. 1.—

Müller, Dr. Arthur, Über die Beziehungen zwischen Darmleiden und Frauenleiden. gr. 8° (8 S.) 1907. *M. 1.—

Roth, Dr. Ernst, Über die chirurgische Behandlung der Darminvagination im Kindesalter. gr. 8° (34 S.) 1905. M. 1.—

Desinfektion.

Meitner, Dr. W., Über „Antiputrol", ein neues Desinfektionsmittel aus der Reihe der kresolhaltigen Gemische. gr. 8° (5 S.) 1904. *M. 1.—

Diabetes.

Chauvet, Dr., Über die Behandlung der Zuckerharnruhr an den Quellen von Royat. Aus dem Französischen übersetzt von Dr. F. C. Müller. 8° (10 S.) 1892. *M. —.25

Fuchs, Dr. R., Über Diabetes mellitus und die Behandlung desselben mit Dr. Meyerschem Kurmittel. 8° (8 S.) 1907. *M. 1.—

Heyn, Dr. J., Altes und Neues aus dem Gebiete der Stoffwechselkrankheiten. Diabetes mellitus — Arthritis urica — Fettsucht — Phosphaturie. 8° (81 S.) 1909. M. 1.80

Diagnostik.

Jahresbericht über die Fortschritte der Diagnostik. Herausgegeben von Oberstabsarzt Dr. E. Schill.

Im Jahre 1894 I. Jahrgang 1895, gr. 8° (VIII, 164 S.) geh. M. 3.20; geb. M. 4.—
„ „ 1895 II. „ 1896, gr. 8° (VIII, 171 S.) geh. M. 3.40; geb. M. 4.20
„ „ 1896 III. „ 1897, gr. 8° (VIII, 254 S.) geh. M. 5.60; geb. M. 6.50
„ „ 1897 IV. „ 1898, gr. 8° (VIII, 188 S.) geh. M. 4.50; geb. M. 5.40
„ „ 1898 V. „ 1899, gr. 8° (VII, 202 S.) geh. M. 4.80; geb. M. 5.70
„ „ 1899 VI. „ 1900, gr. 8° (VIII, 232 S.) geh. M. 6.—; geb. M. 7.—
„ „ 1900 VII. „ 1901, gr. 8° (VIII, 349 S.) geh. M. 8.—; geb. M. 9.—
„ „ 1901 VIII. „ 1902, gr. 8° (VIII, 168 S.) geh. M. 4.80; geb. M. 5.70
„ „ 1902 IX. „ 1903, gr. 8° (VIII, 278 S.) geh. M. 7.20; geb. M. 8.20
„ „ 1903 X. „ 1904, gr. 8° (VIII, 235 S.) geh. M. 6.—; geb. M. 7.—

Da vorläufig eine Fortsetzung nicht erscheint, liefern, soweit der kleine Vorrat reicht, die 10 Jahrgänge geheftet statt für M. 48.70 für M. 25.— und gebd. statt M. 57.90 für M. 34.—.

Zu beziehen — auch zur Ansicht, falls nicht ein *

Klin.-therap. Wochenschrift, 1899, Nr. 47, S. 1529. . . . Die Referate sind bei aller Knappheit so klar, dass der Leser in den meisten Fällen die betreffenden diagnostischen Angaben prüfen kann, ohne auf die Originalquellen zurückgreifen zu müssen. Ein ausführliches Sach- und Autorenregister erleichtert die Auffindung der einzelnen Schlagworte und erhöht die Brauchbarkeit des Berichtes.

Deutsche Praxis, 1900, Nr. 22. Der Schill'sche Jahresbericht ist besonders für die Bedürfnisse des prakt. Arztes berechnet und dürfte als solcher das Richtige treffen und 1901, Nr. 13. Sch. ist bestrebt, nicht allein möglichst vollkommen die diagnostischen Fortschritte wiederzugeben; dabei weiss er durch geschickte Auswahl des Materials seine Sammelberichte für den Arzt wertvoll zu gestalten.

Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1899, Nr. 25. Ref. Naether, Leipzig. Der neue Jahrgang reiht sich seinen Vorgängern würdig an . . . In allen Teilen des Berichts wird der mit grossem Fleisse und nicht kritiklos aus den schier unendlichen Verzweigungen der Fachliteratur gesammelte Stoff dem Leser in reicher Menge dargebracht und bildet so in gedrängter Kürze ein anregend geschriebenes übersichtliches Gesamtbild wissenschaftlicher Forschung in diagnostischer Hinsicht.

Prager med. Wochenschrift, 1901, Nr. 48. Ref. Dr. Lissau. In dem vorliegenden, der modernen Diagnostik gewidmeten Jahrbuche, einem Gegenstück zu dem in gleichem Verlag erscheinenden „Therap. Almanach" finden wir in knapper, gedrängter Zusammenfassung einen Überblick über die diagnostischen Errungenschaften des vergangenen Jahres. Die Einteilung in XV Kapitel, welche Naheliegendes zusammenfassen oder einzelnen wichtigen Spezialgebieten gewidmet sind, kommt der Übersichtlichkeit des Werkes sehr zu statten.

Meyer, Dr. Jul., Die Bedeutung der bakteriologischen Diagnose bei Infektionskrankheiten. 8° (23 S.) 1903. *M. 1.—

Diarrhöe.

Goliner, Dr. J., Über Callaquol, ein neues Adstringens und Antiphlogistikum. gr. 8° (2 S.) 1906. *M. 1.—

Kuck, Dr. Jos., Das Orexinum tannicum, seine Wirkungen und seine Indikationen. gr. 8° (4 S.) 1901. *M. 1.—

Meitner, Dr. W., Therapeutische Skizzen aus der Alltagspraxis. Honthin. 8° (4 S.) 1906. *M. 1.—

Porcelli, Spitalarzt Dr., Untersuchungen üb. die physiologische und therapeutische Wirkung des Ichthalbins bei chronischen Darmkatarrhen. (Aus dem Ital. übers. v. Dr. Mohr.) gr. 8° (7 S.) 1903. *M. 1.—

Whinna, Dr. E. G., Orphol (Betanaphtol-Bismuth), ein ideales Heilmittel bei diarrhöeartigen Krankheiten. Uebersetzt aus „The Hahnemannian Monthly". gr. 8° (4 S.) 1898. *M. 1.—

Diphtherie.

Ambrosius-Hanau, Dr. Walth., Zur Geschichte und Wirkung des Diphtherieheilserums. gr. 8° (15 S.) 1896. *M. 1.—

Bergmann, Dr. J., Ein Beitrag zur Prophylaxe gegen Diphtherie. 8° (4 S.) 1894. *M. 1.—

Schürmayer, Dr. B., Die Diphtherie, ihr Wesen, Ursachen und Bekämpfung, mit Berücksichtigung der Therapie, insbesondere der Serumtherapie (Antitoxin-Behandlung). Nach Entwicklung, Verwertung, Brauchbarkeit, Erfolgen und Aussichten derselben dargestellt. Anhangsweise die Thesen der verschiedenen Nationen über Diphtherie, eingebracht auf dem Kongresse von 1894. 8° (131 S.) 1895. M. 3.60

Kinder-Arzt, 1895, Heft 2: Verfasser hat in dem vorliegenden Werkchen es vorzüglich verstanden, das ganze Gebiet der Diphtherie, insbesondere die Therapie derselben in Kürze zu skizzieren. . . . Das Ganze stellt einen wichtigen Beitrag zur Geschichte der Diphtherie dar, und jeder, der das Werkchen durchstudiert hat, wird es mit hoher Befriedigung aus der Hand legen, um aber von Zeit zu Zeit immer wieder nach ihm zu greifen. Wir wissen dem Verfasser aufrichtigen Dank für diese Publikationen.

Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1895. Ref. Carstens-Leipzig. . . . Im Uebrigen muss zugegeben werden, dass Verf. in seiner Darstellung sich von persönlicher Reklame frei gehalten und strenge Objektivität bewahrt hat, weshalb das Buch jedem, der sich schnell und dabei doch eingehend über die Diphtheriefrage, speziell über die Therapie von früher und jetzt orientieren will, aufs Wärmste empfohlen werden kann.

Schwabe, Kreis-Physikus Dr. M. E., Studien aus der Praxis für die Praxis über die bisher beobachteten unerwünschten Nebenwirkungen des Diphtherieheilserums. 8° (XI, 90 S.) 1898. M. 2.40

St. Petersburger med. Wochenschrift, 1898, Nr. 17: Schwabe, ein Mann, der auf dem Gebiete der Diphtherieserumtherapie über eine grosse persönliche praktische Erfahrung verfügt, hatte sich an die höchst mühevolle Arbeit gemacht, die zahlreichen Mitteilungen über die bisher beobachteten unerwünschten Nebenwirkungen des Diphtherieheilserums einer strengen Kritik zu unterziehen. Dabei ist vom Verf. die Literatur nach Möglichkeit in ausgiebiger Weise benutzt worden. Nicht leicht war es zu einer Entscheidung zu kommen, da doch über so manche Krankheitssymptome, aufgetreten im Verlauf der Diphtherie nach der Injektion, von den einzelnen Forschern die konträrsten Deutungen vorhanden sind. Ist es doch von höchstem Interesse, ob denn wirklich diesem häufig sich so bewährt habenden Heilmittel schädliche Eigenschaften anhaften? In der kritischen Studie werden nun vom Autor der Reihe nach in einzelnen Kapiteln alle dem Serum zugeschriebenen Erscheinungen durchgesprochen. (Hecker.)

Zu beziehen — auch zur Ansicht, falls nicht ein *

Wiener med. Wochenschrift, 1898, Nr. 18: Unter dem Titel „Studien aus der Praxis für die Praxis" bespricht Schwabe in einer sehr fleissigen und durch 163 Literaturnachweise ausgezeichneten Monographie die Nebenwirkungen des Heilserums und die Mittel der Vorbeugung derselben. . . . .

Centralblatt für Kinderheilkunde, 1898, Nr. 10: Wer das Serum in seiner Praxis benutzt, dürfte aus der Lektüre des kleinen Werkes guten Nutzen ziehen und sich seiner gern bei eventl. Zufällen als Nachschlagebuch und Ratgeber bedienen.

Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1898, Nr. 18: Das vorzügliche Buch scheint geeignet das Vertrauen zur Serumtherapie zu befestigen und zu stärken. (Schmey.)

Wiener klin. Wochenschrift, 1898, Nr. 13: Im Grossen und Ganzen trägt die Arbeit den Stempel ehrlicher Selbstüberzeugung und des brennenden Wunsches, einer Therapie volles Vertrauen entgegengebracht zu wissen, die sich dem Autor bewährt hat. (Neurath.)

Taubmann, Dr., Diphtherie und Serumtherapie. 8° (6 S.) 1895. *M. 1.—

Eisenbahnhygiene.

Békéss, Dr. A., Augen- und Bahnarzt, Die Prüfung des Sehorganes beim Eisenbahn- und Dampfschiffpersonale. Mit 4 Abbildungen und 3 Taf. gr. 8° (178 S.) 1908. [M. 6.—

Die Arbeit will den Bahnärzten und solchen, die eine solche Stelle erstreben, als Leitfaden dienen, aus welchem sie sich ohne erst Spezialwerke studieren zu müssen, rasch orientieren und instruieren können.

Zeitschrift für Eisenbahnhygiene. Organ für das gesamte Eisenbahnsanitätswesen, geleitet von Bahnaugenarzt Dr. Aladár Békéss. Mit sozialbahnärztlichem Beiblatt: „Der Bahnarzt", offizielles Organ des Vereins der Bahnärzte etc., hrsg. von Bahnarzt Dr. Emil Bergmann-Kritzendorf. V. Jahrgang 1909. M. 10.—

Eisenmittel.

Breitbach, Dr. med., Über Sanguinal, ein neues blutbildendes Mittel und ein natürliches Eisenpräparat. 8° (4 S.) 1894. *M. 1.—

Goliner, Dr. J., Ferratin, ein neues Eisenpräparat. 8° (4 S.) 1894. *M. —.60

Halász, Dr. Aladár, Erfahrungen mit Triferrin. 8° (8 S.) 1905. *M. 1.—

Fuchs, Dr. Rich., Über den Einfluss von Blutanpräparaten auf die Blutbildung. 8° (8 S.) 1907. *M. 1.—

Meitner, Dr. W., Beiträge zur therapeutischen Verwendbarkeit des Euferin. 8° (16 S.) *M. 1.—

Meitner, Dr. W., Einige Bemerkungen betreffs der therapeutischen Verwendung einzelner „moderner" Eisenpräparate. 8° (20 S.) 1904. *M. 1.—

Elektrizität.

Kohn, Rudolf, Physiologische Elektrizität. Versuch einer Erklärung physiologischer Vorgänge auf Grund der heutigen elektro-chem. Lehren. gr. 8° (23 S.) 1897. M. —.60

Allgem. Wiener med. Ztg., 1898, Nr. 33: . . . seine scharfsinnige Argumentation bietet mannigfache Anregung zur Prüfung, Bestätigung oder Widerlegung.

Scherk, San.-Rat Dr. Carl, Die Wirkungsweise der elektromagnetischen Kraftlinien. 8° (8 S.) 1904. *M. 1.—

Scherk, San.-Rat Dr. Carl, Die elektromagnetische Behandlg. der Neurastheniker. 8° (11 S.) 1905. *M. 1.—

Epilepsie siehe Nerven.

Erziehung.

Gmelin, Dr., Pädiatrische Erfolge an der Nordsee. gr. 8° (8 S.) 1906. *M. 1.—

Faeces.

Oefele, Frhr. Dr. Felix von, Zur Bedeutung der systematischen Kotanalyse für Praktiker und Weiteres zur Bedeutung der systematischen Kotanalyse für die Praktiker. 8° (15 S.) 1901. *M. 1.—

Oefele, Frhr. Dr. Felix von, Mangelhaftes Kauen und die Eigenschaften der Faeces. 8° (11 S.) 1901. *M. 1.—

Fettsucht.

Adamkiewicz, Prof. Dr., Die natürliche Entfettung. 8° (VIII u. 80 S.) m. 2 Abbildungen. M. 1.50

Heyn, Dr. J., Altes und Neues aus dem Gebiete der Stoffwechselkrankheiten. Diabetes mellitus — Arthritis urica — Fettsucht — Phosphaturie. 8° (81 S.) 1909. M. 1.80

Fichtenrinde siehe Badezusätze.

Frauenkrankheiten siehe Gynäkologie.

Fremdkörper siehe Nase, Ohr.

Frühgeburt siehe Abort.

Gallenwege.

Kittsteiner, Dr., Krankheiten der Leber und Gallenwege. Für Ärzte und Studierende. gr. 8° (VIII, 285 S.) 1904. M. 5.60, geb. in Leinw. M. 6.50

Aerztl. Centralzeitung: . . . Für den praktischen Arzt, der sich in diesem wichtigen Kapitel rasch orientieren und belehren will, ist das Buch zur Lektüre und Studium vorzüglich geeignet.

Deutsche Praxis: In anregender klarer Weise geschrieben gibt das Buch einen vollkommenen Überblick über den jetzigen Stand unseres Wissens . . .

Medizinische Blätter: Jedenfalls wird sich das Buch als sehr brauchbares Kompendium viele Freunde erwerben.

Frauen-Arzt: . . . Alles in allem können wir das Werkchen in seiner gewandten klaren Ausdrucksweise, mit seiner allenthalben scharf pointierten, knappen Fassung und seiner von Anfang bis zu Ende einwandfreien strengen Wissenschaftlichkeit, die auch die neuesten Erscheinungen auf literarischem Gebiete nicht unberücksichtigt liess, denjenigen, für die es bestimmt, dem Arzte und dem Studierenden nur warm empfehlen. (Naether-Leipzig.)

Naumann, Dr. H., Über die Anwendung des Stomasans bei Gallenstein-Erkrankungen. 8° (4 S.) 1905. *M. 1.—

Geburtshilfe.

Ekstein, Dr. Emil, Die amtliche Herausgabe neuer Dienstanweisungen f. Hebammen. gr. 8° (5 S.) 1906. *M. 1.—

Fischer, Alex., Über den Wert der Symphyseotomie in der geburtshilflichen Praxis. gr. 8° (26 S.) 1900. M. 1.—

Frauen-Arzt, der, Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshilfe. Für prakt. Ärzte herausgegeben von Sanitätsrat Dr. Orthmann in Berlin und Dr. Freudenberg in Dresden. XIII. bis XXIV. Jahrgang 1898—1909 (à 12 H.) à M. 18.—, mit Kinderarzt zusammen bestellt nur à M. 20.— statt M. 24.— Einzelne Hefte M. 2.—

Frieser, Dr. J. W., Der Wert des Dialysats Secalis cornuti „Golaz" in der Geburtshilfe und Gynäkologie. gr. 8° (8 S.) 1903. *M. 1.—

Goldmann, Dr. J. Arnold, „Ergotin Fromme" und dessen therapeutische Verwendbarkeit. gr. 8° (8 S.) 1902. *M. 1.—

Knapp, Dr., Zur Anwendung des Secale cornutum dialysatum (Golaz). gr. 8° (4 S.) 1903. *M. 1.—

Genickstarre.

Sokal, Dr. J. B., Meningitis cerebrospinalis epidemica und deren Bekämpfung. 8° (12 S.) 1906. *M 1 —

Gerichtliche Medizin.

Arnemann, Dr., Die Anomalien des Geschlechtstriebes und die Beurteilung von Sittlichkeitsverbrechen. 8° (32 S.) 1904. M. —.75

Medizinische Blätter . . . wird manchem Praktiker als eine Art gedrängten Sammelreferates über das zugrundeliegende Thema und die wichtigste, darüber existierende Literatur vielleicht nicht unwillkommen sein.

Monatsschrift f. Kriminalpsychologie. Von den vielen umfangreichen Werken über das Sexualleben und seine Anomalien unterscheidet sich die kleine Schrift des sächsischen Psychiaters vorteilhaft durch Knappheit und Klarheit der Darstellung. — (Aschaffenburg.)

Baron, C., Beitrag zur Kasuistik der Petroleumvergiftung im Kindesalter. gr 8° (3 S.) 1898. *M. 1.—

Bernheim, H., Entwurf eines Leichenschaugesetzes für das Königreich Preussen. Vortrag, gehalten zu Halle a. S. auf der 64. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Abteil. für gerichtl. Medizin. 8° 73 S. (mit 3 Formularen) 1893. M. 1.20

„Ärztliches Vereinsblatt“: Sowohl wegen des darin enthaltenen Materials als der Vorschläge, zu deren Ausführung leider noch immer nichts geschieht, verdient das Werkchen Beachtung.

Herr Dr. Wehmer in Berlin schreibt in ***Schmidts Jahrbüchern der gesamten Medizin*** in längerer Besprechung: Jedenfalls wird die Arbeit, die aus eingangs angeführten Gründen einer Kritik nicht zu unterziehen ist, eine wertvolle Hilfe bieten, falls die Leichenschau in Preussen tatsächlich, wie der frühverstorbene Verfasser es wünscht, einheitlich geregelt werden soll.

Israel, Med.-R. Dr., Das preussische Seuchengesetz. 8° (11 S.) 1906. *M. 1.—

Geschichte der Medizin.

Buschan, Dr. Geo., Chirurgisches aus der Völkerkunde. gr. 8° (46 S.) 1902. M. 1.—

Kritzler, Hans, Die Gynäkologie und Geburtshilfe Ambroise Paré's. Historische Skizze. gr. 8° (6 S.) 1908. *M. 1.—

Lange, Prof. Dr. M., Ein Rückblick in das vergangene Jahr. gr. 8° (3 S.) 1907. *M. 1.—

Weigel, Dr. Jos., Die Halskrankheiten bei den alten griechischen und römischen Ärzten. 8° (IV u. 207 S.) 1907. M 4.80

Geschlechtskrankheiten.

Chrzelitzer, Dr., Albarginglyzerinlösung 20%ig zur Behandlung der Gonorrhöe. gr. 4° (1 Bl.) 1904. *M. 1.—

Freudenberg, Dr. F., Das Leukrol. gr. 8° (12 S.) 1906. *M. 1.—

Gleissler, Stabsarzt Dr., Über Behandlung des Trippers mit Gonosan. 8° (7 S.) 1908. *M. 1.—

Hopf, Dr., Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und die internationale Brüsseler Konferenz vom 4.—8. Sept. 1899. 8° (12 S.) 1899. *M. 1.—

Hopf, Dr., Die Gefahren des Geschlechtsverkehrs und der Geschlechtskrankheiten. 8° (15 S.) 1903. *M. 1.—

Silber, Dr. Max, Womit sind die ansteckenden Geschlechtskrankheiten als Volksseuche im Deutschen Reiche wirksam zu bekämpfen? Preisschrift, gekrönt mit dem Preise des Herrn Kommerzienrat Dr. Willmar Schwabe zu Leipzig, Vorsitzender der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend. Hrsg. von der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend. 1. u. 2. Aufl. 1.—13. Taus. gr. 8° (je 64 S.) 1902. M. —.60

Thimm, Dr., Kurze Bemerkungen zu einigen neueren Arbeiten über Condylomata acuminata und Mitteilung einer neuen Behandlungsmethode derselben. 8° (11 S.) 1895. *M. 1.—

Thimm, Dr. F., Schutzkörper zur Prophylaxis der Geschlechtskrankheiten, insbesondere des Trippers. gr. 8° (8 S.) 1899. *M. 1.—

Geschlechtsleben.

Arnemann, Dr., Die Anomalien des Geschlechtstriebes und die Beurteilung von Sittlichkeitsverbrechen. 8° (32 S.) 1904. M. —.75

Medizinische Blätter . . . wird manchem Praktiker als eine Art gedrangten Sammelreferates über das zugrundeliegende Thema und die wichtigste, darüber existierende Literatur vielleicht nicht unwillkommen sein.

Monatsschrift f. Kriminalpsychologie. Von den vielen umfangreichen Werken über das Sexualleben und seine Anomalien unterscheidet sich die kleine Schrift des sächsischen Psychiaters vorteilhaft durch Knappheit und Klarheit der Darstellung. (Aschaffenburg.)

Rohleder, Dr. med. H., Die krankhaften Samenverluste, die Impotenz und die Sterilität des Mannes, ihre Ursachen und Behandlung. Zum Gebrauch für die ärztliche Praxis bearbeitet. gr. 8° (VII, 119 S.) 1895. M. 2.60

Deutsche Medizinal-Zeitung, 1896, Nr. 28. Ref. Casper: Für den praktischen Arzt bestimmt, ermöglicht dies Büchlein trotz aller Kürze in höchst anschaulicher und sachgemässer Weise die notwendige Orientierung auf diesem so wichtigen Gebiete.

Der ärztliche Praktiker, 1895, Nr. 20: Die funktionellen Störungen der menschlichen Genitalien gehörten bis in die jüngste Zeit hinein zu jenen Gebieten, die dem praktischen Arzte gänzlich unbekannt waren. Der Grund ist vorzugsweise darin zu suchen, dass es bisher an einem kurzen Lehrbuch gemangelt hat, das alle hierher gehörenden wissenswerten Erscheinungen in mundgerechter Form zusammenfasst. Ein solches Buch ist nun in dem vorliegenden Werkchen der Öffentlichkeit übergeben. Es ist ausschliesslich für die Bedürfnisse des Praktikers berechnet, daher die Therapie in demselben den grössten Raum einnimmt. . . . Niemand sollte daher die Anschaffung dieses Büchelchens, das ihn über alle einschlägigen Fragen aufklärt, verabsäumen.

Temesvary, Privatdoz. Dr., Zusammenhang zwischen den weiblichen Brüsten und Genitalien. gr. 8° (16 S.) *M. 1.—

Gicht.

Goliner, Dr., Therapeutische Erfahrungen über Conephrin. 8° (4 S.) 1907. *M. 1.—

Heyn, Dr. J., Altes und Neues aus dem Gebiete der Stoffwechselkrankheiten. Diabetes mellitus — Arthritis urica — Fettsucht — Phosphaturie. 8° (81 S.) 1909. M. 1.80

Wolf, Dr. H., Die Wirkung des Lysidinum purum solutum in 50% Wasser und des Lysidinum bitartaricum bei Gicht und ihren im Körper erfolgenden Harnsäureablagerungen. 8° (12 S.) 1907. *M. 1.—

Gonorrhöe siehe Geschlechtskrankheiten.

Graviditat.

Hinz, Dr. Friedrich, Der Wert der antikonzeptionellen Mittel, gr. 8° (12 S.) 1898. (Vergriffen.) *M. 1.—

Kaiser, Dr. O., Über vaginale Ovariotomie in graviditate. gr. 8° (4 S.) 1905. *M. 1.—

Korach, Sanitätsrat Dr. med., Innere Krankheiten der Schwangeren und die Indikationen zur Einleitung des Abortes. Geheftet M. —.70

Dieses Thema ist von grösster Wichtigkeit für den praktischen Arzt behandelt es doch tägliche Fragen.

Loebel, Dr. A., Coincidenz von Schwangerschaft und Blutfleckenerkrankung. gr. 8° (8 S.) 1900. *M. 1.—

Mensinga, Dr., Dürfen kranke Frauen konzipieren. gr. 8° (4 S.) 1908. *M. 1.—

Selss, Gust., Ein Uterus gravidus mensis VI. Anatomisch und physiologisch betrachtet. gr. 8° (16 S.) 1902. *M. 1.—

Gymnastik.

Levertin, Dr. A., Dr. G. Zanders medico-mechan. Gymnastik. Ihre Methode. Bedeutung und Anwendung, nebst Auszügen aus der einschlägigen Literatur; 8° (201 S.), mit einem Porträt des Dr. Zander nebst vielen Abbildungen und einer Karte, 1892. geb. *M. 5.—

Sonnenberger, Dr., Über Hausgymnastik bei Kindern. gr. 8° (4 S.) 1895. *M. 1.—

Vulpius, Prof. Dr., Über die orthopädische Behandlung der Wirbelsäulenerkrankungen. 8° (32 S.) 1905. M. —.80

Gynäkologie.

Frauen-Arzt, der, Monatshefte für Gynäkologie und Geburtshilfe. Unter Mitwirkung namhafter Fachärzte hrsg. v. San.-Rat Dr. Orthmann-Berlin und Dr. Freudenberg-Brüssel. XIII. bis XV. Jahrg. 1898—1909 (à 12 H.) à M. 18.—, mit Kinderarzt zusammen bestellt nur à M. 20.— statt M. 24.—
Einzelne Hefte M. 2.—

Programm: Veröffentlichung von Originalarbeiten, welche vorwiegend praktische Fragen aus dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie behandeln. Mitteilung interessanter und lehrreicher Fälle aus der Praxis, Sonder- und Sammelreferate, welche den Praktiker stets über die wichtigsten Errungenschaften möglichst schnell u. ausreichend unterrichten. Berichte aus wissenschaftlichen Gesellschaften, Bücherbesprechungen, praktische Mitteilungen etc.

Freudenberg, Dr., Eine Anregung behufs Erleichterung der Abdominal-Untersuchung. gr. 8° (4 S.) 1901. *M. 1.—

Fürth, Dr. Ernst, Beiträge zur Physiologie, Pathologie und Therapie der Menstruation mit besonderer Berücksichtigung der mit Hämostan gewonnenen Erfahrungen. gr. 8° (7 S.) 1907. *M. 1.—

Knapp, Dr. Ludw., Eine Lampe zum Gebrauche für die geburtshilflich-gynäkologische Praxis. gr. 8° (2 S.) 1901. *M. 1.—

Knapp, Dr. Ludw., Zur künstlichen Beleuchtung des Operationsgebietes bei vaginalen Eingriffen. gr. 8° (1 S.) 1901. *M. 1.—

Loebel, Dr. A., Zur Thermalbehandlung der Endometritis. gr. 8° (48 S.) 1891. M 1.—

Wiener med. Presse: Eine willkommene Bereicherung der balneologischen Literatur.

Loebel, Dr. A., Die neueren Behandlungsmethoden der Metritis chronica bei gleichzeitigem Gebrauch von Brunnen- u. Badekuren. gr. 8° (38 S.) 1892. M. —.80

Wiener med. Presse, 1893, No. 32: Die beiden uns vorliegenden Monographien müssen nicht blos dem Badearzt, sondern noch mehr dem Praktiker als eine willkommene Bereicherung seiner balneologischen Literatur erscheinen, da der Autor, ein gewissenhafter und nichts weniger als sanguinischer Badetherapeut eine ausserordentlich scharfe Kritik an die ihm verfügbaren Heilpotenzen legt.

Machenhauer, Dr. med., Über Retroflexio uteri. gr. 8° (6 S.) 1909. *M. 1.—

Machenhauer, Dr. med., Über 1. Vaporisation. 2. Alexander-Adamsche Operation. 3. Extrauterinschwangerschaft. (Erfahrungen aus der Privatfrauenklinik von Dr. Machenhauer in Darmstadt.) gr. 8° (16 S.) 1902. *M. 1.—

Mensinga, Dr., Zur Frauenfrage. gr. 8° (6 S.) 1908. *M. 1.—

Mensinga, Dr., Vom vereinfachten Instrumentarium. Lex. 8° (7 S. mit 3 Abbildungen) 1904. *M. 1.—

Naumann, Dr. H., Herzleiden der Menopause, ihre Natur u. Behandlung. gr. 8° (4 S.) 1903. *M. 1.—

Stolberg, Dr. Mendel, Hämatometra in cornu rudimentario uteri bicornis. gr. 8° (87 S.) 1905. M. 2.40

Hämorrhoiden.

Hirschkron, Dr. Joh., Heilung der Hämorrhoiden auf unblutigem Wege, nach einer neueren Methode. 8° (8 S.) 1903. (vergriffen, siehe nächsten Titel.) *M. 1.—

Hirschkron, Dr. Joh., Eine neue Methode zur Heilung der Hämorrhoiden ohne Operation. 2. Aufl. 8° (VI. 104 S. M. 2.—

Therap. Monatsh.: Verfasser gibt eine Methode der Gymnastik an, durch welche er Hämorrhoiden und deren Störungen beseitigt. Es kommt ihm bei seinen Übungen besonders auf die Entlastung des Pfortadersystems an. Die Gymnastik unterscheidet sich von der landläufigen, indem sie besonders die inneren Organe in ihren Wirkungskreis zieht.

Harnorgane.

Fuchs, Dr. R., Über die Behandlung von Stauungs-Zuständen, Hydrops mit diuretischen Mitteln, insbesondere mit Uricitral. 8° (8 S.) 1907. *M. 1.—

Hautkrankheiten.

Bruck, Dr. Leop., Zur Diagnose der Rubeolae. gr. 8° (4 S.) 1899. *M. 1.—

Dreyer, Dr., Ein Besuch im Pellagrossorium zu Mogliano-Veneto. gr. 8° (8 S.) 1898. *M. 1.—

Forchheimer, Dr. Leo., Die Nenndorfer Schwefelseife. 8° (4 S.) 1901. *M. 1.—

Goldmann, Dr. J., Ichthyolvasogen in der gynäkologischen Praxis. gr. 8° (5 S.) 1902. *M. 1.—

Hopf, Dr. Friedrich Eugen, Der dermatologisch-syphilidologische Unterricht an Deutschlands Hochschulen. 8° (8 S.) 1898. *M. 1.—

Kühner, Dr. A., Die Haut in physiologischer, diätetischer, prophylaktischer und therapeutischer Beziehung. gr. 8° (30 S.) 1891. M. —.50

Hebamme siehe Geburtshilfe.

Heilserum siehe Diphtherie.

Herz.

Goliner, Dr., Über Digitalysatum Bürger. k.l 8° (4 S.) 1904.

Naumann, Dr. H., Herzleiden der Menopause, ihre Natur u. Behandlung. gr. 8° (4 S.) 1903. *M. 1.—

Stoll, Dr. Hans, Alkohol und Kaffee in ihrer Wirkung auf Herzleiden und nervöse Störungen. 2. umgearb. Aufl. 8° (29 S.) 1905. M. —.50

Humoristika.

Heymann, Dr. Fel., Zukunftsmedizin. Ein Bild der zukünftigen Gestaltung der Medizin. Nebst sozialem Ausblick. Roman. 2. unveränd. Aufl. 8° (92 S.) 1896. *M. 2.—

Hypnose.

Loewenfeld, Dr. L., Über den gegenwärtigen Stand der Hypnotherapie. 8° (31 S.) 1902. M. 1.—

Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie: Die Klarheit der Darlegungen und die kritische Objektivität der Schilderung sind jedenfalls sehr geeignet über den gegenwärtigen Stand der Hypnotherapie zu orientieren. (v. Muralt.)

Influenza.

Eydam, Dr., Ozon und seine Beziehungen zur Influenza. Verbesserung der Luft in den Wohnräumen durch künstl. Ozon. gr. 8° (40 S.) 1901. M. 1.—

Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges: . . . Der Broschüre, welche auf die schädlichen Einflüsse einer ungesunden Luft hinweist und diesbezügliche Abhülfe zu schaffen sucht, liegt eine gesunde Tendenz zu Grunde. Die lesenswerte Broschüre wird Anlass zu weiteren Untersuchungen in dieser Richtung geben . . .

Therapeutische Monatshefte. Ref. Eschle. . . . Jedenfalls ist es ein nicht zu unterschätzendes Verdienst des Verf., uns einen Weg gezeigt zu haben, auf dem wir den Bakteriengehalt der Luft in unsern oft nur mangelhaft ventilierbaren Wohn-, Schlaf- und Arbeitsräumen reduzieren, möglicherweise annähernd ganz eliminieren können. Schulen, Krankenhäuser, Fabriken dürften von dem einfachen Verfahren in gleicher Weise hygienischen Vorteil ziehen wie unsere Privatwohnungen.

Spiegelberg, Dr. Joh. Hugo, Die Influenza im Kindesalter. Ein kurzer kritischer Überblick über die Literatur der letzten 15—20 Jahre. gr. 8° (14 S.) 1903. *M. 1.—

Instrumente.

Heinsius, Dr. Fritz, Ein gynäkologischer Universaloperations- und Untersuchungstisch. gr. 8° (3 S.) 1908. *M. 1.—

Jodoform u. d. Ersatz.

Dreyer, Assist.-Arzt Dr., Über Nosophen. 8° (8 S.) 1895. *M. 1.—

Hochsinger, Dr. Karl, Gegen die Anwendung der Karbolsäure und des Jodoform bei Neugeborenen. gr. 8° (8 S.) 1896. *M. 1.—

Marcuse, Dr. Julian, Airol, ein Ersatzmittel des Jodoforms. gr. 8° (4 S.) 1899. *M. 1.—

Meitner, Distriktsarzt Dr. Wilh., Das Fluor-Epidermin in der Behandlung alltäglicher Wunden. gr. 4° (2 S.) 1903. *M. 1.—

Ischias siehe Nerven.

Juden.

Singer, Dr. Heinr., Allgemeine und spezielle Krankheitslehre der Juden. Gemeinverständlich dargestellt. gr. 8° (V, 140 S.) 1904. 2.50; geb. 3.—

Prof. Pagel in der *Deutschen Aerzte-Zeitung:* Es darf keinem Zweifel unterliegen, dass Kollege S. bei seiner Arbeit von einem glücklichen Gedanken geleitet worden ist. Er hat vorläufig die ersten sicheren und umfassenden Grundlagen zu einem Werk geschaffen, zu dem wir ihm gratulieren und von dem wir hoffen und wünschen dürfen, dass es sich im Laufe der Jahre in einem von Auflage zu Auflage steigenden Umfange und schliesslich aus der kleinen embryonalen Anlage zu einem stattlichen Buchindividium entwickeln möge.

Medizinische Blätter: Wenngleich Verf. sein Thema in gedrängter Kürze abhandelt, muss doch gesagt werden, dass er es verstanden hat nicht nur Bekanntes in interessanter Form auszuführen, sondern auch manchen neuen Gesichtspunkt zu eröffnen.

Kaffee, Koffein.

Sinapius, Dr., Über ein zweckmässiges Volksgetränk. gr. 8° (3 S.) *M. 1.—

Stoll, Dr. Hans, Alkohol und Kaffee in ihrer Wirkung auf Herzleiden und nervöse Störungen. 2. umgearb. Aufl. 8° (29 S.) 1905. M. —.50

Weigl, Dr. J., Das Koffein. 4° (7 S.) 1905. *M. 1.—

Keuchhusten.

Goliner, Dr. J., Zur Therapie des Keuchhustens. 8° (4 S.) 1901. *M. 1.—

Meitner, Distriktsarzt Dr. Wilh., Die Antitussinbehandlung des Keuchhustens. gr. 4° (4 S.) 1902. *M. 1.—

Meitner, Distriktsarzt Dr. Wilh., Über Extracta Thymi saccharata. gr. 8° (4 S.) 1904. *M. 1.—

Zu beziehen — auch zur Ansicht, falls nicht ein *

Kind.

Baron, Dr. C., 25 Merkblätter zur Pflege und Behandlung von Kindern an gesunden und kranken Tagen. Zur Mitgabe an Mütter und Pflegerinnen bestimmt. Preis pro Block à 100 Blatt M. 1.60. Von jedem Merkblatt sind auch Einzelblocks à 40 Blatt zum Preise von je M. —.50 zu haben.

Jede noch so eindringlich gegebene mündliche Anordnung verfehlt ihren Zweck, denn ängstliche Mütter und Pflegerinnen wissen dann hinterher nicht mehr, war es so oder so. Diesem abzuhelfen und klare gedruckte Anweisungen des Arztes, die dieser mitgeben oder dalassen soll, gibt der Autor. In der Kinderpraxis sind diese unentbehrlich.

Eschle, Med.-Rat Dr. Frz. C. R., Ernährung und Pflege des Kindes mit besonderer Berücksichtigung des ersten Lebensjahres. 5. vollst. umgearb. u. vermehrte Aufl., kl. 8° (IX u. 198 S.) 1909. geheftet M. 2.50; gebunden M. 3.—

Aerztliche Rundschau 1909, No. 32: Von den zahlreichen Schriften ähnlichen Inhaltes zeichnet sich die vorliegende durch eine klare und knappe Diktion sehr vorteilhaft aus. Dabei ist besonderer Wert gelegt auf die Schilderung der Entwickelung der kindlichen Psyche, welche selbst vielen Ärzten Neues und Interessantes bietet. Vortrefflich sind auch die Anweisungen zur Erziehung der kleinsten Kinder. Zahlreiche kleine Abschnitte, wie z. B. „Das Baby auf Reisen", ferner „Der Onkel Doktor", behandeln Gegenstände, die man in ähnlichen Schriften nicht findet. Ein sehr reichhaltiges und übersichtliches Register macht das kleine Werk zum Nachschlagen für Eltern sehr geeignet. Kurz, das Buch kann von allen Hausärzten ihren Schutzbefohlenen warm empfohlen werden. Die Ausstattung ist gut.

Kr.

Fürst, San.-R. Dr. L., Zur Therapie des Erythema u. Ekzema intertrigo der Säuglinge. gr. 8° (3 S.) 1906. *M. 1.—

Goldmann, Dr. J., Beiträge zur Kinderernährung. Prof. Dr. v. Soxhlets Nährzucker. gr. 8° (8 S.) 1902. *M. 1.—

Hauser, Ober-Med.-Rat Dr. W., Die Säuglingssterblichkeit, ihre Ursachen und ihre Bekämpfung. gr. 8° (24 S. u. 1 Taf.) 1901. *M. 1.—

Kaiser, Dr. O., Über Drillingsschicksal. gr. 8° (4 S. m. 1 Taf.) 1905. *M. 1.—

vor dem Preis steht — durch jede Buchhandlung.

Kinderarzt, der, Zeitschrift für Kinderheilkunde unter Mitwirkg. hervorragend. Fachärzte hrsg. v. San.-R. Dr. Sonnenberger. XX. Jahrg. 1909. 12 Hefte. gr. 8° (1. Heft 24 S.) M. 6.—, mit Frauenarzt zusammen bestellt M. 20.— statt M. 24.—. III.—XIX. Jahrg. 1892—1909 zusammenbezogen, statt M. 102.— ermäss. Preis M. 50.—. I. und II. Jahrgang 1890—91 vergriffen; III.—XIX. brosch. à M. 6.—, Halbfrz. à M. 7.50, einzelne Hefte M. 1.—, mit Frauenarzt zusammen bestellt M. 20.— statt M. 24.—; Einbanddecken in Halbfrz. à M. 1.200.

Kinderarzt, Generalregister zum I.—V. Jahrg. 1890—1894. gr. 8° (XXVI S.) *M. 1.20

Klautsch, Dr. A., Zur Therapie der akuten Magen-Darmerkrankungen im Säuglingsalter. gr. 8° (8 S.) 1906. *M. 1.—

Kühner, Dr. A., Grosse Gefahren durch kleine Fehler in der Pflege der Kinder. ge. 8° (8 S.) 1899. *M. 1.—

Kühner, Dr. A., Zur Säuglingssterblichkeit und deren Abbülfe. 8° (11 S.) 1907. *M. 1.—

Leopold, Dr. A., Beitrag zur Frage der künstlichen Säuglingsernährung. gr. 8° (6 S.) 1902. *M. 1.—

Münz, Dr. P., Pemphigus neonatorum. gr. 8° (6 S.) 1899. *M. 1.—

Naumann, Dr. H., Über Drillingsschicksal. gr. 8° (7 S. m. 1 Taf.) 1908. *M. 1.—

Sittler, Priv.-Doz. Dr. Paul, Biologische Fragen bei der natürlichen und künstlichen Säuglingsernährung. gr. 8° (8 S.) 1909. *M. 1.—

Spiegelberg, Dr. Joh. Hugo, Zur natürlichen Säuglingsernährung gr. 8° (11 S.) 1904. *M. 1.—

Theodor, Dr. F., Erfahrungen aus der ärztlichen Sprechstunde bei Ziehkindern. Vortrag, geh. am 15. XI. 1904 im Verein f. Armen- und Waisenpflege zu Königsberg in Pr. gr. 8° (10 S.) 1905. *M. 1.—

Tripke, Dr. A., Über eine neue Kinderseuche in Koblenz u. Umgegend. gr. 8° (8 S.) 1900. *M. 1.—

Kleidung.

Fürst, San.-R. Dr., Reformen in der Knabenbekleidung. gr. 4° (2 S.) 1901. *M. 1.—

Thomalla, Dr, Über die Behandlung kranker Füsse mit einer hygienischen Doppelsohle. gr. 8° (4 S.) 1896. *M. 1.—

Wilhelm, dirig. Arzt Dr. Felix, Über Frauenbekleidungsreform. gr. 8° (6 S.) 1900. *M. 1.—

Kohlensäure siehe Bäder.

Konstitutionskrankheiten.

Brunner, Assist. Otto, Ein Fall von perniciöser Anämie und seine erfolgreiche Behandlung. 8° (11 S.) 1891. *M. —.30

Ohlemann, San.-R. Dr., Einiges üb. konstitutionelle Erkrankungen und Augenleiden. gr. 8° (27 S.) 1905. M. —.60

Kot siehe Fäzes.

Krankengeschichte.

Kranken-Geschichts-Formulare, nach Angabe von San.-R. Dr. L. Fürst in Berlin. Vierte erweiterte und verbesserte Auflage. 12° (8 und 22 autogr. S.) M. —.30; 10 Stück M. 2.50; 25 Stück M. 5.50; 50 Stück M. 10.—; 500 Stück M. 80,—.

Prager med. Wochenschrift, 1899, Nr. 36: Zur kurzen übersichtlichen Fixierung des jeweiligen Krankenbefundes und der entsprechenden Ordination hat Fürst Tabellen — auch für Fieber, Puls und Atmungskurven — ausgearbeitet, damit der beschäftigte Praktiker sich für seine Fälle ein gewisses, dauerndes Erinnerungsbild zu schaffen vermöchte.

Krebs.

Menschig, Carl Paul, Über die Contagiosität des Krebses. gr. 8° (29 S.) 1902. M. 1.—

Kurpfuscher.

Schuh, Dr. Jul., Wissenschaft, Naturheilkunde und Kurpfuscherei. gr. 8° (36 S.) 1898. M. —.80

Herr Hofrat Dr. Brauser in Regensburg schreibt in der *Augsburger Abendzeitung*, Oktober 1897, am Schluss: . . . Die ganze Arbeit trägt den Stempel innerster Überzeugung und dürfte Manchem die Augen öffnen, der bisher die Gefahren dieses Krebsschadens unserer Zeit noch gar nicht beachtet hat. Sie ist in vornehmem Tone geschrieben und dürfte sogar hier und da offenbaren Tatsachen des Schwindels und Betruges mit etwas derberer Hand angefasst haben. Jedenfalls wird sie zur Klärung der nun in Fluss gekommenen Frage in grösseren Kreisen wesentlich beitragen und hoffentlich noch mehr Stimmen auf den Kampfplatz locken.

Reichs-Medizinal-Anzeiger: Wir hoffen, dass dieses vorliegende Büchlein recht weite Verbreitung finden und zur Aufklärung über die Irrwege, welche das Publikum heutzutage nur zu sehr geneigt ist zu folgen, beitragen möge. (v. Boltenstern.)

Lebensversicherung.

Richter, Dr. Karl, Handbuch des Versicherungsarztes Preisgekrönte Schrift! gr. 8° (VII, 235 S.) 1899.
M. 5.—; geb. in Leinen M. 6.—

Die ärztliche Praxis, 1899, 8: Diese pflichtgetreue und liebevolle Behandlung des an und für sich oft recht trockenen Gegenstandes hat es dem Verfasser ermöglicht, dem Stoff sehr lehrreiche und interessante Seiten abzugewinnen, und hat zugleich sein Werk zu einem kompendiösen Repetitorium fast sämtlicher physikalischer Untersuchungsmethoden werden lassen. Als solches schon, abgesehen von seinem besonderen Zweck, kann es jeder sehr gut benutzen. . . . Da die Bedeutung mancher von der Norm abweichender Befunde bei der Lebensversicherungs-Untersuchung in ihrem Werte für die Lebensprognose nicht immer leicht abzuschätzen ist, so wird mancher Vertrauensarzt gern wissen, wo er sich in solchen Fällen Rat holen kann. Er wird ihn in dem Richter'schen Handbuche nicht vergeblich suchen. (Korn.)

Deutsche Praxis, 1899, Nr. 2, S. 60: Der Verfasser, langjähriger Versicherungsarzt, will denen, welche mit Versicherungen zu tun haben, zeigen, auf was sie bei den Untersuchungen der einzelnen Organe, resp. Körperteile besonders ihr Augenmerk zu richten haben. . . . Man wird jedenfalls an der Hand dieser Anleitung eher einen zu viel abweisen, als einen zweifelhaften Fall versicherungsfähig erklären.

Schwab, Dr. M., 4. internationaler Kongress für Versicherungsmedizin zu Berlin am 4.—15. September 1906. 8° (24 S.) 1907. *M. 1.—

Leber.

Kittsteiner, Dr., Krankheiten der Leber und Gallenwege Für Ärzte und Studierende. 8° (VIII, 285 S.) 1904.
M. 5.60; gebd. M. 6.50

Ärztl. Centralzeitung: . . . Für den praktischen Arzt, der sich in diesem wichtigen Kapitel rasch orientieren und belehren will, ist das Buch zur Lektüre und Studium vorzüglich geeignet.

Deutsche Praxis: In anregender klarer Weise geschrieben, gibt das Buch einen vollkommenen Überblick über den jetzigen Stand unseres Wissens.

Medizinische Blätter: Jedenfalls wird sich das Buch als sehr brauchbares Kompendium viele Freunde erwerben.

Leberthran.

Boehm, Dr. Henry, Über ein trockenes Phosphorleberthranpräparat (Phosphorleberthransiccol) in der Kinderpraxis. gr. 8° (4 S.) 1906. *M. 1.—

Drews, Dr. R., Stearns Wine of Cod Liver Oil with Peptonate of Iron, das beste und wohlschmeckendste Leberthranpräparat und sein therapeutischer Wert. 8° (16 S.) 1894. *M. 1.—

Zu beziehen — auch zur Ansicht, falls nicht ein *

Leichenstarre.

Lange, Prof. Dr. M., Über Leichenstarre totgeborener Kinder. gr. 8° (4 S.) 1905. *M. 1.—

Luft.

Eydam, Dr., Ozon und seine Beziehungen zur Influenza. Verbesserung der Luft in den Wohnräumen durch künstl. Ozon. gr. 8° (40 S.) 1901. M. 1.—

Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges: . . . Der Broschüre, welche auf die schädlichen Einflüsse einer ungesunden Luft hinweist und diesbezügliche Abhülfe zu schaffen sucht, liegt eine gesunde Tendenz zu Grunde. Die lesenswerte Broschüre wird Anlass zu weiteren Untersuchungen in dieser Richtung geben . . .

Therapeutische Monatshefte. Ref. Eschle. . . . Jedenfalls ist es ein nicht zu unterschätzendes Verdienst des Verf., uns einen Weg gezeigt zu haben, auf dem wir den Bakteriengehalt der Luft in unsern oft nur mangelhaft ventilierbaren Wohn-, Schlaf- und Arbeitsräumen reduzieren, möglicherweise annähernd ganz eliminieren können. Schulen, Krankenhäuser, Fabriken dürften von dem einfachen Verfahren in gleicher Weise hygienischen Vorteil ziehen wie unsere Privatwohnungen.

Lunge siehe auch Tuberkulose.

Naether, Oberstabsarzt Dr., Ein prognostisch wichtiges Symptom bei Lungenentzündung. 8° (7 S.) 1905. *M. 1.—

Malaria.

Steiner, Dr., Beitrag zur Therapie der Malaria. 8° (4 S.) 1907. *M. 1.—

Medizin, gerichtliche, siehe Gerichtliche Medizin.

Medizin, gesamte.

Lorenz, Sanitätsrat Knappschaftsarzt, Praktischer Führer durch die gesamte Medizin mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose und Therapie. Nachschlagebuch in allen Fragen für den praktischen Arzt und für Studierende. 2. vollständig überarbeitete und verm. Auflage. 2 Bände. Geh. M. 30.—; geb. M. 34.—. Zu beziehen auch in 6 monatlichen Liefergn. zu 13 Bogen für je M. 5.—.

Prof. Curschmann, Leipzig: Das Buch verrät auf jeder Seite den tüchtigen Praktiker, der auch in der Literatur sich auskennt. Es bringt in kurzer knapper Fassung und klarer Darstellung das Wesentlichste und wird namentlich für jüngere Aerzte zur raschen Orientierung in einzelnen Fällen sehr nützlich sein.

Exerpta medica: Mit grossem Geschick versteht es der praktisch sehr erfahrene Autor in kurzen Zügen ein Bild jeder Krankheit zu geben, Aetiologie, Symptomatologie, Prognose, Therapie mit markigen Sätzen zu fixieren. . . . ein vortreffliches Nachschlagebuch, in dem sich der Arzt auch Rat holen wird in allen Fragen, die ihm in der Beurteilung eines Krankheitsfalles aufstossen, in dem er alles rasch und sicher finden wird, was seinem Gedächtnis momentan entschwunden ist. Besonders die therapeutischen Abschnitte erscheinen, wie es ja auch bei einem solchen Buche Erfordernis, recht eingehend bearbeitet, sind mit zahlreichen Rezepten versehen . . .

Reichs-Medizinal-Anzeiger, Schriftleitung: Kr.-Phys. a. D. Dr. F. Schilling. 31. Jahrg. 1906. gr. 4°. Jährlich 26 Nrn. von 2½ Bogen, durch Buchhandel oder Post M. 4.—, per Kreuzband bezogen M. 5.—, nach dem Ausland M. 6.—; einzelne Nrn. M. —.40 exkl. Porto. Probe-Nummern gratis und franko. Jahrg. 1—18 vergriffen. Jahrg. 19 u. 20 je M. 1.30, Jahrg. 21 u. 22 je M. 2.—, Jahrg. 23—31 M. 4.—.

Den besten Anhalt für jeden Mediziner, der sich bezüglich der gesamten Fachliteratur (deutsche Literatur inkl. Dissertationen, sowie den grössten Teil der fremdsprachlichen Erscheinungen) und deren sachgemässen und ausführlichen Besprechung auf der Höhe der Zeit halten will, bietet der „Reichs-Medizinal-Anzeiger"; aber auch sonst bietet er noch reichhaltigen Stoff in seinen Rubriken: Leitartikel, Referate, Nachrichten über Vereine, Kongresse, Ausstellungen, Bäder, Quellen und Heilanstalten, Besprechungen neuerer Medikamente, Präparate, Instrumente, Apparate etc., Personalien, Universitäts-Nachrichten, Vermischtes, Kurpfuscherei und Geheimmittel, Inserate. Ausserdem ist noch eine Rubrik über angebotene und gesuchte antiquarische Bücher, die einem jeden Gelegenheit bietet, Bücher auf billige Weise zu erwerben oder entbehrliche zu veräussern. Mit einem Wort, der „Reichs-Medizinal-Anzeiger" ist die billigste und im Vergleich reichhaltigste medizinische Zeitschrift, es sollte ihn daher jeder Arzt halten und lesen. Am Schluss jeden Jahres erscheint ein ausführliches Inhaltsverzeichnis, das besonders durch das Schlagwort-Register der medizinischen Literatur des verflossenen Jahres (für 1905 waren 4481 Titel) sich auszeichnet. Die Spalten stehen jedem Arzt gratis zur Verfügung, um jedem Gelegenheit zu geben, sich über seine Wissenschaft auszusprechen. Wissenschaftliche Original-Artikel werden auch honoriert.

Medizin, soziale.

Berger, Kreisarzt Dr. Heinrich, Sozialhygienischer Rückblick und Ausblick 1907. 8° (26 S.) 1907. M. —.50

Der Verfasser gibt einen Rückblick und einen Ausblick auf die sozialhygienischen Fragen unserer Zeit, erörtert die Kulturaufgaben des deutschen Volkes etc.

Mesenterialdrüsen siehe Darm.

Milch.

Brüning, Assist.-Arzt Dr. Herm., Resultate m. der v. Dungernschen gelabten Milch auf der Säuglingsabteilung des Kinderkrankenhauses zu Leipzig. gr. 8° (13 S.) 1902. *M. 1.—

Friedmann, Dr., Erfahrungen über die Kindermilch nach Backhaus. gr. 8° (4 S.) 1899. *M. 1.—

Fürst, San.-R. Dr., Neue Milchsuppen. gr. 8° (3 S.) 1905. *M. 1.—

Tripke, Dr. A., Ostersches Kinder-Milchpulver, ein neues Kindernahrungsmittel. gr. 8° (4 S.) 1900. *M. 1.—

Sonnenberger, Dr., Beiträge zur Frage des Übergangs von Arzneistoffen in die Milch. gr. 8° (11 S.) 1902. *M. 1.—

Militärsanitätswesen.

Naether, Generaloberarzt Dr., Der Kriegssanitätsdienst bei der Kavallerie. 8° (6 S.) 1909. *M. 1.—

Morphium.

Fromme, Dr. Arnold, Der Missbrauch von Morphium und Cocaïn und seine Behandlungsweise. Für Ärzte und Laien. 2. verbesserte und vermehrte Auflage von: „Die moderne Behandlung der Morphium-Krankheit". gr. 8° (III. 132 S.) 1899. M. 2.70

Deutsche Medizinal-Zeitung: . . . An einem ärztlichen Leserkreise wird es der kleinen Schrift auch nicht fehlen. Erfährt man doch auch hier wieder, dass von 75 Patienten, die Verfasser behandelt hat, 48 Kollegen waren.

Mundwasser.

Menke, Badearzt Dr., Wasserstoffsuperoxyd als Mund- und Gurgelwasser. 8° (3 S.) 1907. *M. 1.—

Nährmittel.

Agéron, Dr., Die praktische Verwendung der Mosquera-Fleisch-Präparate. 8° (10 S.) 1892. *M. —.25

Aut nutrium aut nullum. Fachmännische Berichte über die Mosquera-Präparate. 8° (18 S.) 1892. *M. —.25

Baum, Dr. H., Kinderarzt, Über den praktischen Wert von Dr. med. Theinhardts Kindernahrung und Hygiama gr. 8° (2 S.) 1898. *M. 1.—

Buttermilch, Dr. Max, Praktische Erfahrgn. mit Perdynamin. 8° (2 S.) 1901. *M. 1.—

Fischer, Dr. Hans, Erfahrungen über Eiweiss-Kakes. 8° (11 S.) 1903. *M. 1.—

Freudenberg, Dr., Über neuere Nähr- und Anregungsmittel:
I.: Fleischsaft „Puro". gr. 8° (4 S.) 1898. *M. 1.—
II.: Hygiama und Dr. Theinhardts lösliche Kindernahrung. gr. 8° (16 S.) 1899. *M. 1.—
III.: Alkarnose. gr. 8° (4 S.) 1899. *M. 1.—

Freudenberg, Dr., Sanguinal. gr. 4° (4 S.) 1899. *M. 1.—

Frieser, Dr. J. W., Über den Wert von Prof. Dr. v. Soxhlets „Nährzucker" für die Kindererziehung. gr. 8° (7 S.) 1906. *M. 1.—

Fuchs, Dr. Rich., Über Eisenroborat. 8° (8 S.) 1906. *M. 1.—

Fürst, San.-R. Dr., Die Nährmittelindustrie an der Jahrhundertwende. 8° (8 S.) 1900. *M. 1.—

Fürst, San.-R. Dr., Sana in der Kinderernährung. gr. 8° (7 S.) 1901. *M. 1.—

Goliner, Dr. J., Zur Wirkung des Eisen-Tropons. 8° (4 S.) 1900. *M. 1.—

Goliner, Dr. J., Zur diätetischen Bedeutung der Erdnussgrütze (nach Verfahren von Dr. Nördlinger). 8° (4 S.) 1893. *M. —.40

Goliner, Dr. J., Sterilisierte Kindernahrung. 8° (4 S.) 1907. *M. 1.—

Goliner, Dr. J., Zur diätetischen Bedeutung des Kraftbieres von Küpper. 8° (4 S.) 1894. *M. —.60

Goliner, Dr. J., Beitrag zur Wirkung des Lecithins. 8° (4 S.) 1905. *M. 1.—

Haeseler, Dr., Über Roborat. gr. 8° (11 S.) 1902. *M. 1.—

Heinrich, Dr. J., Die Ernährungstherapie bei Konsumtionskrankheiten, mit besonderer Berücksichtigung der „Odda MR". 8° (7 S.) 1908. *M. 1.—

Herzberg, Dr. S., Vergleichende Besprechung einiger Fleischpräparate. 8° (8 S.) 1899. *M. 1.—

Jacob, Dr. Paul, Über Theinhardts lösliche Kindernahrung. gr. 8° (4 S.) 1902. *M. 1.—

Klautsch, Dr. A., Über die Verwendbarkeit der Eutrophia-Tabletten im Kindesalter. gr. 8° (8 S.) 1898. *M. 1.—

Klautsch, Dr. A., Über den praktischen Wert von Dr. Theinhardts Hygiama im Kindesalter. gr. 8° (2 S.) 1901. *M. 1.—

Zu beziehen — auch zur Ansicht, falls nicht ein *

Kraus, Assist. Dr. E., Über die Anwendung der diätetischen Mosquera-Präparate bei Kindern. Herausg. bei Gelegenheit der Internationalen Ausstellung für das Rote Kreuz von der Mosquera Julia Food Co. 8° (6 S.) 1892. *M. —.25

Kühner, Dr. A., Natürliche Nahrungsmittel und Nährpräparate. 8° (7 S.) 1908. *M. 1.—

Kühner, Dr. A., Diätetisch-arzneiliche Neuerungen. gr. 8° (4 S.) 1908. *M. 1.—

Marcuse, Dr. Julian, Das Sanatogen als Nährstoff. 8° (4 S.) 1899. *M. 1.—

Rothe, Dr. C., Über den Wert und die Anwendg. diätetischer Mosquera-Präparate. Herausgegeben von der Mosquera Julia Food Co. 8° (8 S.) *M. —.25

Schlesinger, Dr. Herm., Anwendung der Kindernahrung „Odda" bei magen-darmkranken Kindern. 8° (2 S.) 1906. *M. 1.—

Silberstein, Dr. J., Beiträge zur Ernährungstherapie mit Plasmon. 8° (12 S.) 1905. *M. 1.—

Silberstein, Dr. J., Über ein neues Eisenphosphorpräparat (Haemastogen Loeffler). 8° (14 S.) 1905. *M. 1.—

Sinapius, Dr, Über die Bedeutung des Plasmon (Siebolds Milcheiweiss) in der Ernährung. Ein praktisches Kapitel aus dem Ernährungsgebiet. 8° (8 S.) 1900. *M. 1.—

v. Soxhlet, Prof. Dr., Nährmittel-Unwesen. gr. 8° (2 S.) 1902. *M. 1.—

Tripke, Dr. A., Ostersches Kinder-Milchpulver, ein neues Kindernahrungsmittel. gr. 8° (4 S.) 1900. *M. 1.—

Über die Anwendung der diätetischen Mosquera-Präparate für die rationelle Ernährung der Kranken. Herausgegeben von der Mosquera Julia Food Co. 8° (12 S.) *M. —.25

Weigert, Dr. Frz., Erfahrungen über die Kindermehle im allgemeinen und speziell das Kufekesche. gr. 8° (8 S.) 1903. *M. 1.—

Narkose.

Briegleb, Dr. Karl, Über Schleichs Infiltrations-Anästhesie. gr. 8° (8 S.) 1897. *M. 1.—

Geyer, Dr. H., Praktische Erfahrungen über Cocaïnöl-Präparate. gr. 4° (2 S.) 1902. *M. 1.—

Laufer, Dr. H., Über einige Indikationen der internen Alypindarreichung. 8° (4 S.) 1907. *M. 1.—

Nase.

Goliner, Dr. J., Über Wesen und Behandlung der Ozaena. gr. 4° (2 S.) 1902. *M. 1.—

Leuwer, Dr. Carl, Fremdkörper in der Nase. 8° (6 S.) 1909. *M. 1.—

Schroeder, Zahnarzt G., Einfluss der Kieferdehnung auf das Naseninnere. 8° (4 S.) 1905. *M. 1.—

Nebennierenpräparate.

Peters, Dr. Carl, Zur Anwendung des Adrenalin und ähnlicher Nebennierenpräparate in der Gynäkologie. gr. 8° (12 S.) 1904. *M. 1.—

Nerven und Nervenkrankheiten.

Apt, Dr. H., Zwei Fälle von Störungen der Sprache infolge von Zwangsvorstellungen. gr. 8° (4 S.) 1904. *M. 1.—

Bruck, Dr. L., Die nächtliche Enurese und deren Behandlung. gr. 8° (4 S.) 1900. *M. 1.—

Burkhardt, Dr. Albin, Ein Fall von Poliomyelitis acuta im Anschluss an Influenza bei einem 15jähr. Mädchen. gr. 8° (6 S.) 1899. *M. 1.—

Esch, Pet., Über Dystrophia musculorum progressiva. gr. 8° (22 S.) 1900. *M. 1.—

Freudenberg, Dr., Valyl. gr. 8° (4 S.) 1902. *M. 1.—

Fuchs, Dr. R., Über Epilepsie und deren Behandlung mit Dr. Weil's antiepileptischem Pulver. 8° (16 S.) 1907. M. 1.—

Goliner, Dr., Beitrag zur Wirkung des Convulsins. 8° (4 S.) 1905. *M. 1.—

Hirschkron, Dr. med. Joh., Behandlung der Nervenschwäche nach den neuesten Erfahrungen. 2. Aufl. 8° (IV. 144 S.) M 3.—

Die vorliegende Schrift hat den rein praktischen Zweck im Auge und will nichts weiter, als dem Nervösen eine leicht fassliche und übersichtliche, dabei kurze Anleitung für sein Verhalten, besonders mit Rücksicht auf sein allgemeines Verhalten, Ernährung, Diät, Badekuren, Landaufenthalt u. a. zu bieten.

Hoppe, Dr., Das Valofin. 8° (3 S.) 1908. *M. 1.—

Laudenheimer, Dr. Rud., Über Kinderpsychosen, nebst Mitteilung eines Falles von sexuellen Zwangsvorstellungen. gr. 8° (8 S.) 1902. *M. 1.—

Meitner, Dr. W., Über Kola im allgemeinen u. üb. „Syrupus Colae compos. Hell" im besonderen. gr. 8° (8 S.) 1902. *M. 1.—

Die wichtigsten Nervenkrankheiten in Einzeldarstellungen für den praktischen Arzt von Dr. med. Georg Flatau in Berlin.

Heft 1: Die Ischias von Dr. Gg. Flatau. Mit 1 Abbildung. 8°. (48 S.) M. 1.—

Centralblatt f. Nervenheilkunde: . . . Das Heftchen entspricht seiner Bestimmung, dem praktischen Art zu orientieren, durchaus. (Cassirer.)

Mediz.-chirurg. Centralblatt: Das Heft kann dem Praktiker angelegentlich empfohlen werden.

Ungar. med. Presse: Das Werkchen ist kurz, bündig und klar geschrieben und gibt Zeugnis von den reichen eigenen Erfahrungen des Verf.; es kann ihm mit Recht ein bevorzugter Platz in der Bibliothek des praktischen Arztes eingeräumt werden.

Heft 2: Die Tabes dorsalis von Dr Gg. Flatau. Mit 2 Abbildungen. 8°. (65 S.) M. 1.40

Deutsche Ärzte Zeitung: Die klargeschriebene Darstellung dieser wichtigen Erkrankungen umfasst alles, was für Diagnose, Behandlung derselben einigermassen wichtig ist. Strittige Punkte werden nur kurz und mit weiser Auswahl gebracht, sodass das Heftchen seinen Zweck in vollem Umfange erfüllt.

Monatsschrift f. Harnkrankh.: Bei der rapiden Zunahme der Nervenkrankheiten, bei dem immerhin noch geheimnisvollen Dunkel, das über den meisten schwebt, ist ein Werkchen wie dieses „mit seinen kurzen, klaren und treffenden Winken" lebhaft zu begrüssen.

Heft 3: Die multiple Sklerose von Privatdozent Dr. R. Cassirer. Mit 6 Abbildgn. 8° (43 S.) M. 0,90

Wochenschr., psych. neurolog.,: In klarer, knapper und dabei doch erschöpfender Weise ist das gesamte klinische Bild dieser Erkrankung dargestellt. Der pathologischen Anatomie sind 6 erläuternde Abbildungen im Texte beigegeben. Die kleine Schrift wird dem Praktiker ein willkommener Berater sein.

Ärztl. Rundschau: Die kurze klare Darstellung dieses praktisch wichtigen Krankheitsbildes durch Cassirer ist zum Studium sehr empfehlenswert.

Heft 4: Die Chorea (Veitstanz), von Dr. Gg. Flatau. 8° (32 S.) M. —.50

Frauen-Arzt: Die Abhandlung kann und soll nicht viel Neues bringen, aber vielen wird eine klare Zusammenfassung der bekannten Tatsachen recht willkommen sein. Was von den bisher erschienenen Heften der Sammlung — Ischias, Tabes dorsalis, multiple Sklerose — Rühmendes gesagt wurde, gilt auch in gleicher Weise von dieser Publikation.

vor dem Preis steht — durch jede Buchhandlung.

Deutsche Medizinal-Zeitung: Wie die bisher erschienenen knapp gehaltenen, völlig erschöpfenden Schriften und auch das vorliegende beweisen, spricht hier der Praktiker zum Praktiker, so dass daran nicht zu zweifeln ist, dass diese Büchlein rasch aufrichtige Freunde unter den Ärzten finden werden. (Brieger.)

Heft 5: Die Poliomyelitis anterior acuta (spinale Kinderlähmung), von Dr. Gg. Flatau. 8° (26 S.; M. 1.—

Aerztl. Rundschau: Die spinale Kinderlähmung gehört zu den Krankheiten, deren frühzeitige diagnostische und prognostische Erkennung für das Renommee des Hausarztes oft von einschneidender Wichtigkeit ist. Die Darstellung des Krankheitsbildes durch Flatau zeichnet sich aus durch Kürze bei völlig ausreichender Genauigkeit, durch prägnante Hervorhebung des für die Praxis Wichtigen, durch klare, einwandfreie Diktion. Zum Studium und zur Rekapitulation verdient die kleine Schrift uneingeschränkte Empfehlung.

Heft 6: Die progressive Paralyse, von Dr. Max Neumann. 8° (54 S.) M. 1.20

Klin.-therap. Wochenschr.: Es ist ihm mit grossem Geschick gelungen, das Wissenswerteste über Aetiologie, pathologische Anatomie, Krankheitsverlauf, Diagnose und Therapie in verständlichster Weise darzulegen. Vielleicht wäre für manchen Leser noch eine stärkere Unterstreichung der depressiven Form beim weiblichen Geschlechte wünschenswert, die manchmal differentialdiagnostisch grosse Schwierigkeiten bereitet. Zu einer kurzen allgemeinen Übersicht über das Gebiet ist die Broschüre gewiss recht empfehlenswert. (Prof. Weygandt.)

Heft 7: Die Epilepsie, von Dr. Gg. Buschan. 8° (62 S.) M. 1.40

Fortschritte d. Medizin: . . . dann muss das vorliegende Werkchen als eine wohlgelungene kleine Arbeit bezeichnet werden. Man kann ihr nachrühmen, dass sie in leicht lesbarer Form alles enthält, was wissenschaftlich erwiesen und von Bedeutung für den in der Praxis stehenden Arzt ist. . . .

Aerztl. Centralztg.: . . . und gestaltet so das kleine Werk zu einem wichtigen Behelfe für den praktischen Arzt, dem diese Krankheit leider oft begegnet. Allen, die sich für den Gegenstand interessieren, sei das Buch aufs Wärmste empfohlen.

Heft 8: Die Neurasthenie, von Dr. E. Trömner. 8° (115 S.) M. 2.80

Wochenschr., Berl. klin.: In der vorliegenden, für den praktischen Arzt bestimmten kleinen Schrift gibt Trömner in knapper klarer Darstellung einen Abriss der Symptomatologie der Neurasthenie mit besonderer Betonung der objektiv nachweisbaren Merkmale, behandelt dann die oft sehr schwierige Diagnose mit der Unterscheidung von beginnender Paralyse, Melancholie, Hypochondrie und Hysterie. Auch die Aetiologie und die verschiedenen Formen der Behandlung werden ausführlich genug besprochen, um dem Arzte ein hinreichend klares Bild dieser heute so verbreiteten funktionellen Nervenaffektion zu geben.

Zu beziehen — auch zur Ansicht, falls nicht ein *

Rundschau, ärztl.: Das Büchlein ist wohl imstande eine der grossen Abhandlungen über Neurasthenie, wenn nicht voll zu ersetzen, so doch dem praktischen Arzte genügend zu vertreten.

Heft 9: Erkrankungen der peripheren Nerven, von Dr. Gg. Flatau. 8° (82 S.) Mit Abbildgn. u. 4 Taf. M. 2.50

Reichs-Medizinal-Anzeiger 1909, S. 110: . . . Die Darstellung wird durch gute Abbildungen veranschaulicht. Das Buch ist nicht nur dem Spezialisten, sondern jedem Praktiker, der häufig Gelegenheit hat, Nervenkranke zu behandeln, zur Anschaffung zu empfehlen.

Heft 10: Die Muskelatrophien, von Dr. Toby Cohn. Mit 3 Abbildgn. ca. M. 1.60

Hierdurch ist Band I vollständig und ist der Preis desselben geheftet M. 14.—.

Band II wird die Neurosen traumatischen Ursprungs umfassen.

Reiche, Dr. Aldalb., Über abnorme paralytische Kontrakturen an der unteren Extremität nach spinaler Kinderlähmung. gr. 8° (16 S.) 1905. M. —.50

Reinhardt, prakt. Arzt G., Ärztliche Nervenanalyse (Psychoanalyse). gr. 8° (11 S.) 1906. *M. 1.—

Starck, Prof. Dr. Hugo, Neurologie und Chirurgie. gr. 8° (24 S.) 1905. M. —.60

Stoll, Dr. Hans, Alkohol und Kaffee in ihrer Wirkung auf Herzleiden und nervöse Störungen. 2. umgearb. Aufl. 8° (29 S.) 1905. M. —.50

Vulpius, a. o. Prof. Dr. Oskar, Die orthopädisch-chirurgische Behandlung der spinalen Kinderlähmung. gr. 8° (4 S.) 1899. *M. 1.—

Wanke, Dr. Georg, Psychotherapie. 8° (16 S.) 1902. *M. 1.—

Wichmann, Physik. Badearzt Dr. Ralf, Ischias. 8° (7 S.) 1896. (Vergriffen; siehe Flatau, Ischias.) *M. 1.—

Wichmann, Physik. Badearzt Dr. Ralf, Einiges von der medikamentösen Behandlung der Neurasthenie. 8° (8 S.) 1902. *M. 1.—

Neurasthenie siehe Nerven.

Nieren.

Krüger, Dr. C., Nierenkrankheiten und Bad Wildungen. 8° (22 S.) 1903. *M. 1.—

Preitz, Dr. Hans, Ein Beitrag zur Kenntnis der angeborenen Cystenniere. gr. 8° (34 S.) 1906. M. 1.—

Obstipation.

Köppen, A., Über Verstopfung durch rissigen After im Säuglingsalter. gr. 8° (5 S.) 1900. *M. 1.—

Kühner, Dr., Die habituelle Obstipation und ihre diätetisch-hygienische Behandlungsweise. gr. 8° (18 S.) 1892. M. —.40

Neter, Dr. Eug., Eine eigentümliche Begleiterscheinung der chronischen Stuhlverstopfung im Kindesalter. gr. 8° (4 S.) 1904. *M. 1.—

Overlach, Dr. M., Zur Wirkung von Glycerin-Suppositorien. 8° (1 S.) 1897. *M. 1.—

Silberstein, Dr. J., Die Behandlung der habituellen Verstopfung mit Regulin. gr. 8° (7 S.) 1908. *M. 1.—

Ohr.

Alexander, Dr. G., Zur Behandlung der Mittelohreiterung. gr. 8° (4 S.) 1903. *M. 1.—

Dahmer, Dr., Indikationen zur Eröffnung und Ausräumung des Warzenfortsatzes bei der akuten und chronischen Mittelohreiterung. 8° (20 S.) 1908. M. —.70

Kassel, Dr. Carl, Fremdkörper im Ohre. 8° (8 S.) 1908. *M. 1.—

Schwidop, Dr. Otto, Die Fortschritte der Ohrenheilkunde im letzten Jahrzehnt. gr. 8° (16 S.) 1903. *M. 1.—

Schwidop, Dr. Otto, Über Simulation von Ohrenleiden. 8° (8 S.) 1906. *M. 1.—

Schwidop, Dr. Otto, Die Verletzungen des Ohres. 8° (9 S.) 1907. *M. 1.—

Orthopädie siehe Gymnastik.

Pankreas.

Landau, Schularzt Dr. Rich., Das Pankreas. Zusammenfassender Bericht. gr. 8° (31 S.) 1902. *M. 1.—

Ungar. med. Presse: Autor hat mit anerkennenswertem Fleiss die von ihm gestellte Aufgabe gelöst und uns eine sehr brauchbare kurze, doch vollständige Übersicht über dieses bis jetzt nicht ganz geklärte Kapitel der Medizin geliefert.

Aerztl. Praxis: Seinen Darlegungen liegt ein sorgfältiges Studium zu Grunde. (Bergmann-Erfurt.)

Württemberg. ärztl. Correspondenzblatt, 1903, Nr. 49: Die Zusammenstellung ist lesenswert und sei hiermit zur Lektüre empfohlen. (Weil-Stuttgart.)

Paralyse siehe Nerven.

Patienten siehe Ärzte und Patienten.

Phosphaturie.

Heyn, Dr. J., Altes und Neues aus dem Gebiete der Stoffwechselkrankheiten. Diabetes mellitus — Arthritis urica — Fettsucht — Phosphaturie. 8° (81 S.) 1909. M. 1.80

Plattfuss.

Muskat, Dr., Plattfuss und Trauma. Mit 10 Abbildungen. 8° (16 S.) 1909. *M. 1.—

Poliomyelitis siehe Nerven.

Praxis, ärztliche.

ABC der landärztlichen Praxis. Versuch eines Leitfadens der Taktik und Praktik für Land- und Kleinstadtärzte. Aus eigener langjähriger Erfahrung mehrerer Kollegen herausgegeben von ***. gr. 8° (175 S.) 1898.
M. 3.20; in Ganzleinen geb. M. 3.80

Ein schon mehrere Jahre in der landärztlichen Praxis stehender Arzt, dem das Manuskript vor der Drucklegung vorlag, äusserte sich folgendermassen:

„Mit grösstem Interesse habe ich das Manuskript durchgelesen und gefunden, dass dasselbe von in der Praxis erfahrenen Kollegen mit Liebe und Sachkenntnis geschrieben ist und sicher nicht nur von jungen Kollegen, sondern auch von vielen älteren gekauft werden wird, da es wirklich einem Bedürfnis entspricht."

„*Die ärztliche Praxis*", Ref. Guttmann: . . . Dass hier der Niederschlag der Erfahrungen eines gereiften Mannes, der Poesie und Prosa des Lebens scharf von einander zu trennen vermag, vorliegt, wird jeder Leser bald selbst merken. Autor hat, wie er selbst sagt, oft zu sehen Gelegenheit gehabt, wie junge Kollegen neben ihm in die Praxis traten, und wird dabei häufig bemerkt haben, wie unpraktisch und wenig lebensklug sich mancher dabei benommen hat. Zu solcher Nutzen und Frommen gibt er frank und frei seine innerste Überzeugung nach eigener und anderer Kollegen Erfahrung zum besten. . . .

Psychiatrie.

Arnemann, Dr., Über Jugendirresein (Dementia praecox). 8° (48 S.) 1906. M. 1.—

Dreher, Doz. Dr., Drei psycho-physiologische Studien. I. Der Darwinismus und die Archigonie. II. Die Innervation mit Bezug auf den Hypnotismus. III. Farbenwahrnehmung und Farbenblindheit. gr. 8° (108 S.) 1891. M. 1.80

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1893, Nr. 36. Ref. Seligmüller: Wir empfehlen das Lesen der sehr geschickt geschriebenen Studien allen Kollegen.

Michaelis, Dr. Paul, Kinder geisteskranker Eltern. gr. 8° (3 S.) 1909. *M. 1.—

Puerperalfieber siehe Wochenbett.

Quellen siehe Balneologie.

Rachitis.

Fürst, San.-R. Dr., Klinisches u. Therapeutisches üb. die anämische Form der Rhachitis. gr. 8° (4 S.) 1902. *M. 1.—

Hille, Dr., Zur Behandlung der Rhachitis im Anfangsstadium. gr. 8° (3 S.) 1900. *M. 1.—

Schmey, Dr. Fed., Ein interessanter Fall von fötaler Rhachitis. gr. 8° (3 S. m. 1 Fig.) 1900. *M. 1.—

Sittler, Privatdozent Dr. Paul, Neuere Arbeiten über Rachitis. gr. 8° (7 S.) 1909. *M. 1.—

Rettungswesen.

Schwab, Dr., I. internationaler Kongress für Rettungswesen zu Frankfurt a. M. Juni 1908. 8° (20 S.) 1909. *M. 1.—

Rheumatismus.

Levertin, Dr. A., Die Badebehandlung des chron. Gelenk-Rheumatismus. gr. 8° (12 S.) 1891. *M. 1.—

Meitner, Dr. W., Therapeutische Skizzen aus der Alltagspraxis. Rheumasol. 8° (2 S.) 1906. *M. 1.—

Wichmann, Physik. Badearzt Dr. Ralf, Chronischer Gelenkrheumatismus u. verwandte Krankheiten. 8° (8 S.) 1903. *M. 1.—

Röntgen.

Sinapius, Dr., Die Heilung der Tuberkulose durch Röntgenbestrahlung. gr. 8° (31 S.) 1897. M. —.60

Salbengrundlagen.

Goliner, Dr. J., Zur therapeutischen Wirkung des Naftalans, gr. 8° (4 S.) 1897. *M. 1.—

Goliner, Dr. J., Unguentum vegetabile, eine neue Salbengrundlage. 8° (4 S.) 1894. *M. 1.—

Goliner, Dr. J., Über den Wert der Vasogenpräparate (Pearson). gr. 8° (4 S.) 1896. *M. 1.—

Meitner, Dr. W., Beiträge zur Kenntnis der Vasole und Vasogene. 8° (53 S.) 1904. *M. 1.—

Miodowski, Dr. F., Mitteilungen über weitere Untersuchungen mit Naftalan, gr. 8° (12 S.) 1899. *M. 1.—

Schürmayer, Dr. Bruno, Über Adeps Lanae. gr. 8° (16 S.) 1894. *M. 1.—

Säuglinge siehe Kind.

Scharlach.

Sokal, Dr. Jak. B., Eine Scharlachepidemie in Lysiec (Galizien) im Jahre 1905. 8° (8 S.) 1906. *M. 1.—

Schlafmittel.

Guttmann, Dr. E., Über Trional. 8° (12 S.) 1895. *M. 1.—

Schwachsinn.

Bayerthal, Dr., Über die Entstehungsursachen und Verhütung der Minderbegabung im schulpflichtigen Alter. gr. 8° (6 S.) 1909. *M. 1.—

Schwangerschaft siehe Graviditat.

Schweiss.

Grimm, Dr. F., Über die Hygiene des Schweisses und über den Schweissfuss. 8° (16 S.) 1899. *M. 1.—

Thomalla, Dr., Über die Behandlung kranker Füsse mit einer hygienischen Doppelsohle. 8° (4 S.) 1896. *M. 1.—

Sektion.

Lobedank, Stabsarzt Dr., Hilfstafel zum Gebrauch bei Sektionen und zur Abfassung des Sektionsprotokolls. Eine zum Ablesen auf 2 m Entferng. eingerichtete Tafel als Ersatz e. Handbuchs. (2. S. auf Leinw.) 67×47 cm. Nebst Text. (5 S.) 12° 1903. Im Futteral M. 2.25

Medizinisch-chirurg. Centralblatt: . . . Der Verfasser hat nun den klugen Einfall gehabt, die Sektionsanleitung statt in ein Buch, das durch das Anfassen mit den beschmutzten Händen bald in einen sehr unappetitlichen Zustand gelangt, auf eine an die Wand leicht zu befestigende Tafel in so grossen Lettern zu drucken, dass sie in der Distanz von zwei Metern noch leicht gelesen werden kann. Alles in allen ein sehr praktischer und nützlicher Behelf.

Ungar. med. Presse: . . . sie leistet daher den Praktiker, insbesondere dem Landarzte, der eine Sektion ausführen muss, wirklich sehr gute Dienste.

Simulation.

Schwidop, Dr., Über Simulation von Ohrenleiden. 8° (8 S.) 1906. *M. 1.—

Sklerose siehe Nerven.

Skrofulose siehe Tuberkulose.

Sprache.

Apt, Dr. H., Zwei Fälle von Störungen der Sprache infolge von Zwangsvorstellungen. gr. 8° (4 S.) 1904. *M. 1.—

Gruenbaum, Dr. Ferd., Erklärung des Stotterns, dessen Heilung und Verhütung. gr. 8° (63 S.) 1897. *M. 1.—

Centralblatt für Kinderheilkunde, 1898, Nr. 4: In dem Werkchen bespricht der Autor das Thema in fesselnder Weise. Man erkennt in den Ausführungen die Feder eines Praktikers, der aus seinen Erfahrungen heraus seine Kollegen belehren will. Das Büchelchen sei warm empfohlen.

Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1897, Nr. 19: Dr. Dütschke-Aurich schliesst seine ebenfalls ausführliche Besprechung mit folgenden Worten: „Schul- und Kinderärzte sollten nicht unterlassen, das interessant geschriebene Buch zu beschaffen."

Knopf, Dr. H. E., Die Prophylaxe des Stotterns. gr. 8° (7 S.) 1908. *M. 1.—

Standesfragen.

Erhard, Fr., Nachdenkliches zur heutigen Heilkunde, für Laien, Ärzte und die es werden wollen. 8° (40 S.) 1906. M. —.60

Eine der vielen Zuschriften an den pseudonymen Autor: Sie haben mir mit Ihrem Büchlein eine angenehme Stunde bereitet. Ich habe es schnell gelesen um Ihnen einstweilen kurz und schnell danken zu können. Die erste Durchsicht reizt mich es zwei und dreimal — zu studieren: — Man kann die Wahrheit nicht oft genug hören.

„Da ich den Namen nicht im Medizinal-Kalender finde, muss ich Sie (den Verlag) bitten, dem Verfasser meinen Dank für seine sehr interessante Schrift zu übermitteln (Prof. Rosenbach.)

Zukunft: . . . Jedenfalls aber sollten sich, schon um der entzückend boshaften Form des Vortrages willen, alle Kollegen, auch die fünf Rubriken „des erfolgreichen Arztes", die kleine Arbeit zu Gemüte führen. (Dr. Owlglass.)

Steuer.

Schilling, Kreis-Physikus a. D. Dr. Fr., Steuerpflicht, Steuerdeklaration und Reklamation für Ärzte und Zahnärzte in allen deutschen Bundesstaaten. 2. vermehrte und umgearb. Auflage. gr. 8° (61 S.) 1902. M. 1.40; geb. M. 1.70

Ärztliches Vereinsblatt, 1900, Nr. 435, Seite 556: Das Buch wird den Ärzten eine willkommene Erleichterung sein für das unerfreuliche Geschäft, dem sie sich notwendig mit einiger Sorgfalt widmen müssen, wenn sie nicht Schaden leiden wollen. Sehr beachtenswert ist namentlich das Kapital über die zulässigen Abzüge.

Zeitschrift f. Medizinal-Beamte, 1900, Nr. 24: Eine recht brauchbare Zusammenstellung der von den Ärzten bei ihrer Steuer-Selbsteinschätzung zu beachtenden gesetzlichen Bestimmungen und gerichtlichen Entscheidungen . . . Die einzelnen Abschnitte bringen ebenso praktische als wertvolle Fingerzeige über Veranlagung des zu versteuernden Einkommens, Art der Abzüge, sowie über die etwa zu ergreifenden Rechtsmittel. Das Schilling'sche Buch wird dem Arzte die Arbeit der Selbsteinschätzung ungemein erleichtern. . . . (Rapmund.)

Stillen.

Mensinga, Dr., Ein köstlicher Kampfpreis des neunzehnten Jahrhunderts. gr. 8° (8 S.) 1898. *M. 1.—

Mensinga, Dr., Über Stillungsnot oder über das zunehmende Unvermögen der Mütter zu stillen, und mein Verfahren dagegen. gr. 8° (35 S.) 1902. M. 1.—

Stoffwechsel.

Goldmann, Dr. J., Beiträge zur Behandlung der Krankheiten des Stoffwechsels. gr. 4° (3 S.) 1903. *M. 1.—

Heyn, Dr. J., Altes und neues aus dem Gebiete der Stoffwechselkrankheiten. Diabetes mellitus — Arthritis urica — Fettsucht — Phosphaturie. 8° (81 S.) 1909. M. 1.80

Zu beziehen — auch zur Ansicht, falls nicht ein *

Stomachika.

Goliner, Dr. J., Zur therapeutischen Wirkung des Ingestol (Zimmermann). gr. 8° (4 S.) 1895. *M. 1.—

Goliner, Dr. J., Über Papaïn (Reuss), ein neues Digestivum. 8° (4 S.) 1894. *M. 1.—

Goliner, Dr. J., Zur therapeutischen Wirkung des Papaïn (Reuss), ein neues Digestivum. gr. 8° (4 S.) 1895. *M. 1.—

Goliner, Dr. J., Papaïn (Reuss) in der Kinderpraxis. gr. 8° (2 S.) 1895. *M. 1.—

Sinapius, Dr., Über Nutrol und seine Anwendung. gr. 4° (2 S.) 1896. *M. 1.—

Studium.

Hopf, Dr. Friedrich Eugen, Der dermatologisch-syphilidologische Unterricht an Deutschlands Hochschulen. 8° (8 S.) 1898. *M. 1.—

Klette, Dr. William, Das Studium der Medizin. Ratgeber für Studenten und angeh. Ärzte. 3. unveränd. Aufl. (1. u. 2. Aufl. erschien u. d. T.: Vademecum f. den Mediziner.) gr. 8° (VI, 221 S.) 1904. M. 4.—; geb. M. 4.80

Die erste Auflage wurde durch nachfolgende Kritiken gewürdigt:

Excerpta medica, 1899, Nr. 7: Ein Vademecum für Mediziner hat Dr. W. Klette verfasst. Ein nützliches Buch, das dem Mediziner bei Beginn seiner Studienzeit, während und nach derselben auf viele an ihn herantretende Fragen eine zuverlässige Antwort gibt. Es werden die Universitätsverhältnisse, das Studententum, der normale Gang des medizinischen Studiums und die Erwerbung des Doktors besprochen mit allen näheren Details und Auskünften, auch enthält dasselbe eingehende Würdigung der militärischen Verhältnisse des Mediziners und Notizen über Handel und Wandel nach dem Staatsexamen. Das Büchlein ist der Empfehlung wert.

Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1898. Nr. 20: . . . Aus dieser kurzen Inhaltsangabe wird man ersehen, dass man es mit einem Buche zu tun hat, wie es in gleicher Weise noch nicht vorhanden ist, und das jedem Studierenden mit auf den Weg gegeben zu werden verdient.

(Schnell-Egeln.)

Münchener med. Wochenschrift, 1898, Nr. 44: In diesem Büchlein erhält der junge Mediziner, sowie der in die Praxis eintretende Arzt etwas höchst Praktisches in die Hand, so dass jeder, der sich an die eigene Hilflosigkeit oder Verlassenheit beim Eintritt in die Universität oder Praxis zurückerinnert, es mit dem Wunsche oder — Seufzer aus der Hand legen wird: ***Hätte ich diesen stillen Berater doch damals schon gehabt!*** . . . Referent wünscht aufrichtig gerade diesem mühevollen und so verdienstlichen Buche, dass es recht vielen Interessenten rechtzeitig vor Augen kommt, es ist geeignet, manche Stunde peinlichen Schwankens und Zögerns, zeitraubenden Fragens und trüben Erfahrens zu verhüten. (Grassmann-München.)

Die ärztliche Praxis über die III. Auflage: Über alles was der Mediziner über Universitäts-Studien- und Gesellschafts-, Examen- und Militärverhältnisse zu wissen wünscht, kann er sich in diesem Buche Rat holen, sowie auch der ins praktische Leben hinaustretende, eben approbierte Arzt über Erwerbsmöglichkeiten und -bedingungen.

Aerztl. Correspondenzblatt f. Niedersachsen: Ein wertvolles Buch, welches dem angehenden Mediziner nicht genug empfohlen werden kann.

Stiptika.

Burckhardt, Priv.-Doz. Dr. Gg., Über Styptol. 8° (8 S.) 1906. *M. 1.—

Chiappe, G. u. A. Ravano, Assistenten DD., Styptol, ein neues Mittel in der Frauenheilkunde. Aus dem Ital. übers. v. Dr. Mohr. gr. 8° (7. S.) 1905. *M. 1.—

Morré, Dr. H., Über Uterusblutungen und ihre Behandlung. 8° (8 S.) 1906. *M. 1.—

Toff, Dr. E, Über das Stillen nicht puerperaler Blutungen. 8° (8 S.) 1905. *M. 1.—

Syphilis.

Dreyer, Dr. med., Die Bedeutung der Spirochäten für die Pathologie. M. —.50

Ein zeitgemässes und interessantes Thema und verdient diese Monographie beste Beachtung.

Eschle, Dr. F. C. R., Die neueren Hypothesen über die Syphilisätiologie. Historisches und Kritisches. 8° (16 S.) 1907. *M. 1.—

Werler, Dr. O, Das lösliche metallische Quecksilber als Heilmittel. Klinisch-therapeutische Untersuchungen. 8° (8 S.) 1899. *M. 1.—

Tabes siehe Nerven.

Therapie.

Beck, Dr. G., Therapeutischer Almanach. Seit 1894 herausgegeben von Generaloberarzt Dr. Schill und seit 1899 von Dr O. Rigler in Leipzig. Von demselben erscheint regelmässig das I. Semester im Oktober und das II. im März. Jahrg. 1 bis 26 einzelne Hefte à M. 1.—, der Jahrg. (2 Hefte) in 1 Leinenbd. geb. M. 2.50. Jahrg. 27—37 einzelne Hefte à M. 1.50, der Jahrg. i. L. geb. M. 3.60. Das neueste Heft ist das I. Semesterheft des 37. Jahrg. 1910.

Von Dr. G. Becks therapeutischem Almanach sind noch vom 1. bis 33. Jahrgange einige Exemplare vorhanden und wollen wir dieselben zu nachstehenden billigsten Preisen abgeben:

Jahrgang:	1—5	geheftet	statt	10.—	nur	8.—	M.
„	1—10	„	„	20.—	„	14.—	„
„	1—15	„	„	30.—	„	18.—	„
„	1—20	„	„	40.—	„	20.—	„
„	1—25	„	„	50.—	„	22.—	„
„	1—36	„	„	75.—	„	35.—	„

gebunden pro Jahrgang 60 Pfg. mehr.

Zu beziehen — auch zur Ansicht, falls nicht ein *

Reichs Medizinal Anzeiger. Diese Bücher bedeuten eine grosse Erleichterung für den beschäftigten Arzt, dessen freie Zeit überaus knapp bemessen, und dem es auch schwer fallen dürfte, durch die Unmenge des heutzutage Geschriebenen sich durchzuarbeiten. Deshalb kann ich das Büchlein, dessen Preis nur M. 1.50 pro Semester, jedem Kollegen aufs Wärmste empfehlen. . . . (Tarnowski-Thorn.)

Frauen-Arzt. Dieses treffliche Jahrbuch ermöglicht dem praktischen Arzte sich über die Fortschritte der Therapie auf dem Laufenden zu halten, und zwar mit dem denkbar geringsten Aufwande von Geld und Zeit. . . . (Winckler-Neundorf.)

Ritter, M., Die neuro-dynamische Therapeutik im Anschluss an Studien und Erfahrungen üb. die photo-dynamische Wirkung von Fluorescenz- u. Luminescenz-Stoffe auf Zellengebiete und Nervenendigungen. gr. 8° (V. u. 59 S.) 1905. M. 2.—

Taschenbuch der Fortschritte der physikalisch-diätetischen Heilmethoden. Von Kreisphys. a. D. Dr. Schilling. 1. bis 4. Jahrg., 7—9. kl. 8° je M. 3.—; geb. M. 3.60.
5. u. 6. Jahrg. M. 2.40; geb. M. 3.—

Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1905, Nr. 22: Zum 5. Male erscheint das Büchelchen, das dem praktischen Arzte einen Überblick über die neuesten physikalisch-diätetischen Heilfaktoren bieten soll. Herausgeber hat eine grosse Zahl von Zeitschriften des In- und Auslandes, auch von neu erschienenen Lehrbüchern benutzt und hat mit grosser Sorgfalt dabei das für den Praktiker Wichtigste und Brauchbarste ausgesucht. Bemerken wollen wir, dass auch die Balneo- und Klimato-Therapie Berücksichtigung gefunden hat. Da der Verlag sich entschlossen hat, den Preis trotz des unverminderten Umfanges herabzusetzen, so dürfte das kleine Taschenbuch bald eine grosse Zahl Anhänger gefunden haben. (Schnell-Egeln.)

Kinder-Arzt, 1905, Nr. 11: Mehr denn je stehen die physikalisch diätetischen Heilmethoden im Vordergrund des Interesses. Schilling hat, wie bisher ihren Fortschritt zusammengestellt und in alphabetischer Anordnung aufgeführt. Der Arzt von heute muss mit diesen Methoden Bescheid wissen. Auch hier liegt ein Weg, die sogenannte Naturheilmethode dadurch zu überwinden, dass auch wir wissen, wie es „richtig" gemacht wird. Der Leser findet eine eingehende Schilderung aller Methoden, sodass das Täschenbuch die wärmste Empfehlung verdient. (Neumann-Bromberg.)

Tuberkulose.

Dahmer, Dr., Die ambulante Behandlung der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Hetolinjektionen. 8° (25 S.) 1908. M. —.80

Dreher, weil. Doz., Dr. Eug., Gährung und ansteckende Krankheiten mit besond. Berücksichtigung des Kochschen Heilverfahrens bei Tuberkulose. 8° (32 S.) 1891. M. —.60

Deutsche medizinische Wochenschrift, 1892, Nr. 44. Ref. Fürbringer: Verfasser behandelt obiges Thema mit besonderer Berücksichtigung des Kochschen Heilverfahrens bei Tuberkulose in eigener, vorwiegend darwinistischer Richtung, nicht ohne Interesse weckende Ausblicke, von denen Kenntnis zu nehmen wir auch dem Praktiker angelegentlichst empfehlen.

Fischer, Dr. Hans, Beitrag zur Therapie der Lungentuberkulose. Über Sirolin-Behandlg. gr. 8° (12 S.) 1903. *M. 1.—

Goldschmidt, Dr. Sigism., Die Tuberkulose und Lungenschwindsucht, ihre Entstehung, nebst einer krit. Übersicht ihrer neuesten Behandlungs-Methoden und Anhang über Familienerkrankungen an Schwindsucht. 8° (112 S.) 1894. M. 2.20

Kinder-Arzt, 1895, Heft 2. Ref. Ephraim (Breslau): Das vorliegende Büchelchen kann jedem praktischen Arzte nicht warm genug empfohlen werden. . . . Darum muss man dem Verf. Dank wissen, dass er in verhältnismässig konziser Form und in klarer anschaulicher Darstellung alles das zusammengefasst hat, was in der Pathologie der Tuberkulose auf Beachtung Anspruch verdient und so eine Monographie über die Tuberkulose geschrieben hat.

Goliner, Dr. J., Beitrag zur Therapie der Tuberkulose im Kindesalter. gr. 8° (4 S.) 1902. *M. 1.—

Helwes, Dr. E., Der Kampf gegen die Tuberkulose. Gemeinverständliche Darstellung nebst einer Übersicht über die Lungenheilstätten in Deutschland und der Schweiz. gr. 8° (III. 48 S.) 1901. M. 1.—

Wiener klinische Wochenschrift vom 26. XII. 1901: In kurzen Worten setzt Helwes die Gefährlichkeit der Tuberkulose auseinander, erklärt ihre Entstehung und wendet sich dann dem Hauptabschnitte des Buches, der Schilderung der Verhütungsmassregeln zu. Unbeschadet der möglichsten Gründlichkeit hält sich der Verfasser von jeder Übertreibung ferne.

Ostdeutsche Tageszeitung: Möge das Buch, welches auf der heute allgemein anerkannten Lehre fusst, dass die Tuberkulose eine heilbare Krankheit ist, allen Leidenden ein Trost, allen Gesunden eine reiche Quelle der Belehrung sein.

Hennig, San.-R. Dr. A., Der Einfluss der Deutschen Meere (Ost- und Nordsee) auf die Tuberkulose der oberen Luftwege. 8° (16 S.) 1908. *M. 1.—

Herrmann, Dr. Rich., Zur arzneilichen Behandlung der Lungentuberkulose m. der neuen Guajakol-Komposition von Hell. (Syrupus u. Capsulae Guajacoli compos.) 8° (7 S.) 1903. *M. 1.—

Meitner, Dr. W., Kalium sulfo-guajacolicum contra Thiocol! Eine therapeutisch, rein praktisch-materielle Betrachtung. 8° (11 S.) 1905. *M. 1.—

Zu beziehen — auch zur Ansicht, falls nicht ein *

Meitner, Dr. W., Therapeutische Skizzen aus der Alltagspraxis. Cellotropin. 8° (8 S.) *M. 1.—

Naumann, Badearzt Dr. H., Über Tuberkulin als diagnostisches Mittel. gr. 8° (4 S.) 1902. *M. 1.—

Navrátil, Dr. F., Die Behandlung des menschlichen Gesamtorganismus in chronischen Krankheiten mit besonderer Beziehung zur Lungenphthise. 2. Auflage. gr. 8° (72 S.) 1891. M. 1.—

Berliner klinische Wochenschrift, 1891, Nr. 41: . . . bietet das Ganze eine Fülle von beherzigenswerten Lebensregeln. . . Doch ist kein Zweifel, dass der praktische Arzt aus der Lektüre der kleinen Schrift manche Anregung gewinnen wird, welche er namentlich in der hausärztlichen Tätigkeit zur Erzielung einer zweckmässigen Hygiene des täglichen Lebens seiner Klientel nützlich verwenden kann.

Scherer, Chefarzt Dr. Aug., Tuberkulin-Diagnostik und Therapie. 8° (16 S.) 1907. *M. 1.—

Schmey, Dr. med. Feodor, Über die Beziehungen der Skrofulose und Tuberkulose. 8° (29 S.) 1907. M. —.75

Silberstein, Dr. J., Über die Anwendung und Wirkung des Benzoylarbutins (Cellotropin). gr. 8° (8 S.) 1905. *M. 1.—

Sinapius, Dr., Die Heilung der Tuberkulose durch Röntgenbestrahlung. gr. 8° (31 S.) 1897. M. —.60

Trumpp, Dr. J., Tuberkulose des Urogenitalapparates beim Mädchen. gr. 8° (8 S.) *M. 1.—

Vilmar, C., Cellotropin ein neues Heilmittel gegen Tuberkulose. 8° (12 S.) 1904. *M. 1.—

Weissmann, Dr., Die Bedeutung der Hetolbehandlung der Tuberkulose für die ärztliche Praxis. Vortrag. 8° (8 S.) 1905. *M. 1.—

Weissmann, Dr. R, Die Hetolbehandlung der Tuberkulose nach Landerer. Vortrag. 8° (15 S.) 1906. *M. 1.—

Varia.

Scherk, San.-R. Dr., Eisenmedikation in ihrer Beziehung zur Hydrolyse und Katalyse. 8° (8 S.) 1908. *M. 1.—

Vortäuschung siehe Simulation.

Weichselzopf.

Neumann, Dr. Wladislaw, Über den sogenannten Weichselzopf. gr. 8° (69 S.) 1904. M. 1.50

Neumann, Dr. Wladislaw, Weiteres über die Wichtelzopfkrankheit. gr. 8° (32 S.) 1905. M. —.40

Wein siehe Alkohol.

Wochenbett.

Burckhard, Priv.-Doz. Dr. Geo., Zur Serumtherapie der Streptokokkeninfektionskrankheiten, speziell des Puerperalfiebers. Nach einem in der fränkischen Gesellschaft für Geburtshilfe gehaltenen Vortrag. 8° (8 S.) 1905. *M. 1.—

Fürst, San.-R. Dr. L., Die Frage der Wöchnerinnen-Ernährung und Kinder-Diät. gr. 8° (7 S.) 1906. *M. 1.—

Kalabin, Dr. J., Über Ätiologie und Behandlung der postpuerperalen Erkrankungen. gr. 8° (16 S.) 1902. M. 1.—

Wagner, Dr. Paul, Zur Therapie der puerperalen Sepsis mit Antistreptokokkenserum (Aronson). gr. 8° (16 S.) 1906. M. —.50

Yoghurt siehe Appendizitis.

Zahnarzt.

Breitbach, Dr., Arzt und Zahnarzt. Die gesetzlichen Bestimmungen in Deutschland über zahnärztliche Titelführung. 8° (11 S.) 1907. *M. 1.—

Breitbach, Dr., Soll der praktische Arzt das Zahnarztexamen machen oder nicht? 8° (8 S.) 1900. *M. 1.—

Greve, Zahnarzt Dr. phil., Die erste Zahnung und deren Zusammenhang mit Allgemeinerkrankungen. 8° (10 S.) 1909. *M. 1.—

Jonas, Dr., Der Arzt als Zahnarzt. 8° (4 S.) 1897. *M. 1.—

Zuckerkrankheit siehe auch Diabetes.

Scherk, San.-R. Dr., Die experimentellen Glykosurien und die Pathogenese der Zuckerkrankheit. 8° (8 S.) 1909. *M. 1.—

Nachtrag (während des Druckes erschienen).

Balneologie.

Hammer, Dr. Fritz, Über Seereisen. 8° (6 S.) 1909. *M. 1.—

Kind.

Birk, Dr. W., Alte und neue Bestrebungen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. 8° (9 S.) 1909. *M. 1.—

Leichengift.

Rendes, Géza, Das Leichengift als Todeszeichen. 8° (4 S.) 1909. *M. 1.—

Noch vorhandener Verlag von vor 1890.

Beschoren, L., Kritik des vorläufigen Entwurfs eines allgemeinen Berggesetzes für das Königreich Sachsen. gr. 8° (47 S.) Zwickau i. S. 1863. M. 1.—

Zu beziehen — auch zur Ansicht, falls nicht ein *

Doering, L. von, Gonda. I. Zerbrochene Geigen. II. Gonda. III. Auf der Landzunge. 8° (144 S.) Zwickau i. S.
geh. M. 2.50; gebd. M. 3.50

Funke, Dr. Gottlob Leberecht, Reg.-R. Hof- u. Justiz-R., die Verwaltung in ihrem Verhältnis zur Justiz, die Grenzlinie zwischen beiden und Verwaltungsjustiz. gr. 8° (XIV u. 174 S.) Zwickau i. S. 1838. M. 3.80

Hauschild, Lehrer G., Nachklänge aus dem Betsaale. Fünf Erbauungsreden gehalten in der Bürgerschule zu Zwickau, zum Besten des sächsischen Pestalozzivereins in den Druck gegeben und allen frommen jugendlichen Gemüthern gewidmet. gr. 8° (VIII u. 38 S.) Zwickau i. S. 1854. M. —.60

Hertel, Dr. phil. Gottfr. Wilh., französische Grammatik zunächst für Gymnasien. gr. 8° (XVI u. 296 S.) Zwickau i. S. 1844. M. 2.—

Herzog, Dr. Emil, Geschichte der St. Moritzkirche zu Zwickau und ihres Kirchspiels, bearbeitet und zum Besten des Restaurationsfonds dieser Kirche herausgegeben. 8° (34 Seiten.) Zwickau i. S. 1866. M. —.40

Herzog, Dr. Emil, Geschichte des Zwickauer Gymnasiums. Eine Gedenkschrift zur Einweihungsfeier des neuen Gymnasialgebäudes. 8° (VIII u. 156 S.) Zwickau i. S. 1869. M. 1.50

Krell, Oberinspektor Alexander, Pädagogische Briefe für Aufsichtsbeamte an Strafanstalten. II. Aufl. gr. 8° (XII und 96 S.) Zwickau i. S. 1873. M. 2.—

Mittenzwey, Carl, Album der obererzgebirgischen Staatseisenbahn. Malerische Ansichten an der obererzgebirgischen Staatseisenbahn und in deren Nähe. Nach der Natur gezeichnet. gr. 4°. 12 Stn. in Tondr. Zwickau i. S. 1859. M. 8.—

Rahstede, H. Georg, Praktisches Hilfsbuch zur leichteren Erlernung der lateinischen unregelmässigen Verben, zusammengestellt nach Berger, Ellendt-Seyffert, Kühner, Ostermann, Zumpt u. a. m. 8° (VI u. 76 S.) Zwickau i. S. 1886. M. —.75

Reinhard, D. Franz Volkmar, Stimme an unsere Zeit: Nur ein tugendhaftes Volk kann ein glückliches seyn! und Der Wahrheit ist nichts mit schüchternen Freunden gedient! Zwei noch ungedruckte Predigten hrsg. von Joh. Ludw. Haas, P. am Landarbeitshause zu Zwickau. 8° (32 S.) Zwickau i. S. 1831. M. —.40

Rieck, Dr. Friedrich, Über falsche Richtungen der modernen Pädagogik. Rede zum Antritt des Directorats des Gymnasiums zu Zwickau am 30. Juni 1851 gehalten. 4° (12 S.) Zwickau i. S. 1851. M. —.60

Wangenheim, F. Th., Die Höllenkur. Novelle. 8° (261 S.) Zwickau i. S. 1843. M. 1.60

Autoren-Register.

Adam, Fichtenrinde 4.
Adamkiewicz, Entfettung 12.
Agéron, Mosquera-Fleischpräparate 27.
Alexander, Mittelohreiterung 34.
Ambrosius, Diphtherieheilserum 10.
Apt, Störungen der Sprache 30. 37.
Arnemann, Anomalien d. Geschlechtstriebs 13. 15. — Jugendirresein 35.

Baron, Merkblätter 21. — Petroleumvergiftung 14.
Baum, Kindernahrung 27.
Bayerthal, Minderbegabung 36.
Békéss, Augen- u. Bahnarzt 3. 11.
Berger, Sozialhygienischer Rückblick 26.
Bergmann, Prophylaxe gegen Diphtherie 10.
Bernheim, Leichenschaugesetz 14.
Birk, Säuglingssterblichkeit 44.
Boehm, Phosphorleberthranpräparat. 24.
Boltenstern, Kohlensäurebüder 4.
Brandenburg, Basedow'sche Krankheit 6.
Brann, Chronische Beinleiden 7.
Breitbach, Sanguinal 11. — Zahnärztliche Titelführung 44. — Zahnarztexamen 44.
Briegleb, Schleichs Infiltrations-Anästhesie 29.
Bruck, Enurese 30. — Rubeolae 18.
Brüning, Dungern'sche Milch 27.
Brunner, Anämie 23.
Burckhard, Puerperalfieber 44. — Styptol 40.
Burkhardt, Poliomyelitis acuta 30.
Buschan, Chirurgisches a. d. Völkerkunde 14. — Epilepsie 32.
Buttermilch, Perdynamin 27.

Cassirer, Sklerose 31.
Chauvet, Zuckerharnruhr 8.
Chiappe-Ravano, Styptol 40.
Chrzelitzer, Albarginglyzerinlösung 14.
Clemens, Blut im Stuhl 7.
Cohn, Muskelatrophien 33.

Dahmer, Tuberkulose 41. — Warzenfortsatz 34.
Deichmüller, Moor und Moorbäder. 5.
Dreher, Gährung 41. — Psychophysiologische Studien 35.
Drews, Stearns Wine 24.
Dreyer, Nosophen 20. — Pellagrosorium 18. — Spirochäten 40.

Ekstein, Dienstanweisungen f. Hebammen 13.
Engelmann, Hopfengift 1.
Erhard, Nachdenkliches 38.

24.A.361.
Blutungen in der gynakologische1912
Countway Library BFG7614
3 2044 046 255 782

24.A.361.
Blutungen in der gynakologische1912
Countway Library BFG7614
3 2044 046 255 782